



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σχέση Κατάθλιψης και Ποιότητας Ζωής μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων μελών Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων

Τσιαντούλα Μαρία
Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τσάρας Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας,
Επιβλέπων Καθηγητής

Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας,
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Παραλίκας Θεοδόσιος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας,
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα 2018



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Relationship between Depression and Quality of Life among
Elderly members of the Open Care Centre for the Elderly, of the
Municipality of Larissa**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της μεταπτυχιακής μου εργασίας Δρ. Κωνσταντίνο Τσάρα για την εμπιστοσύνη, την υποστήριξη, την υπομονή του, την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγηση που μου προσέφερε με κάθε συνέπεια κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, θέλω μέσα από την καρδιά μου να ευχαριστήσω τα μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Λάρισας, που με μεγάλη χαρά και προθυμία δέχτηκαν να πάρουν μέρος στη μελέτη μου καθώς και το προσωπικό για τη θετική διάθεση, τη βοήθεια και τις διευκολύνσεις που μου προσέφεραν.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Καθηγητές μου και στα δύο έτη των Μεταπτυχιακών μου σπουδών, καθώς και την κα Τζερεμέ για την άψογη γραμματειακή υποστήριξη που πρόσφερε σε όλους τους φοιτητές.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	11
1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας.....	11
1.2 Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα	11
1.3 Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας.....	12
1.4 Οι ανάγκες της τρίτης ηλικίας.....	13
1.5 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας.....	15
1.6 Ψυχική Υγεία στην Τρίτη ηλικία	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	18
2.1 Ορισμός της κατάθλιψης.....	18
2.2 Γηριατρική κατάθλιψη	19
2.2.1 Συμπτώματα γηριατρικής κατάθλιψης.....	20
2.2.2 Παράγοντες κινδύνου για τη γηριατρική κατάθλιψη	21
2.3 Γηριατρική κατάθλιψη στην Π.Φ.Υ.....	21
2.4 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	24
3.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής	24
3.2 Ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.)	27
4.1 Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και Τρίτη ηλικία	27
4.2 Υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας για την τρίτη ηλικία στο Νομό Λάρισας	28
4.3 Κ.Α.Π.Η. Δήμου Λάρισας	30
4.3.1 Μέλη των Κ.Α.Π.Η.	31
4.3.2 Σκοπός και Στόχοι των Κ.Α.Π.Η.	31
4.3.3 Υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.	32
4.3.4 Ανθρώπινο δυναμικό.....	33

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	35
1.1 Σκοπός.....	35
1.2.Ερευνητικά Ερωτήματα	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
2.1 Σχέδιο Μελέτης και Δείγμα	36
2.2 Ερευνητικά Εργαλεία.....	36
2.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	38
2.4 Στατιστική Ανάλυση.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	39
3.1 Χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων.....	39
3.2 Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης	42
3.3 Κλίμακα Ποιότητας Ζωής.....	43
3.4 Σχέση Κατάθλιψης και Χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων ατόμων	44
3.5 Σχέση Κατάθλιψης και Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της συχνότητας της κατάθλιψης σε κοινοτικό αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων με ανεξάρτητη διαβίωση, των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισής της, αλλά και της σχέσης της με την Ποιότητα Ζωής αυτών των ατόμων.

Υλικό και Μέθοδος: Ο μελετώμενος πληθυσμός είναι ηλικιωμένα άτομα, ενεργά μέλη των 5 Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) του Δήμου Λαρισαίων. Από τον μελετώμενο πληθυσμό συγκεντρώθηκε δείγμα 150 ηλικιωμένων ατόμων (ηλικίας ≥ 60 ετών). Χρησιμοποιήθηκε ένα Ερωτηματολόγιο το οποίο διακρίνεται σε τρεις θεματικές ενότητες: τα Χαρακτηριστικά των Ηλικιωμένων (δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά, κοινωνικής στήριξης και υγείας), τη Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS₁₅) και την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL – BREF₃₀). Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε στα 5 Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2018. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε μέσω συνέντευξης ενώ η στατιστική ανάλυση έγινε με το λογισμικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Το 27,3% των ηλικιωμένων ατόμων παρουσίαζε καταθλιπτική συμπτωματολογία με το 22,7% να έχει μέτρια και το 4,7% σοβαρή κατάθλιψη, με τις γυναίκες να κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό (36,0%) σε σχέση με τους άνδρες (18,7%), ($p = 0,027$). Το 72,7% δεν παρουσίαζε κατάθλιψη. Από την πολυμεταβλητή ανάλυση προκύπτουν οι προσδιοριστικοί παράγοντες της συχνότητάς της, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, ο Δείκτης Μάζας Σώματος και τα προβλήματα αυπνίας, ενώ όλες οι διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής σχετίζονται αρνητικά με την εμφάνισή της.

Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε ότι η Κατάθλιψη συσχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με ορισμένα από τα χαρακτηριστικά αλλά και την Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης οδηγούν στην απομόνωση αυτών των ατόμων και στη μη συμμετοχή τους στο Κ.Α.Π.Η. ή άλλες κοινωνικές δράσεις.

Λέξεις κλειδιά: Ηλικιωμένοι, Ποιότητα Ζωής, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κατάθλιψη, Κ.Α.Π.Η.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate the frequency of depression in a community urban population of elderly people with independent living, the determinants that affect its incidence and its relation to the quality of life of these individuals.

Material and Method: The studied population is elderly people, active members of the 5 K.A.P.I. (Open Care Centers for the Elderly) of the Municipality of Larissa. A sample of 150 elderly people (≥ 60 years) were collected from the study population. A questionnaire was used, which is divided into three themes: The Characteristics of the Elderly (demographic, socio-economic, social support and health), the Geriatric Depression Scale (GDS15) and the World Health Organization Life Quality Scale (WHOQOL – BREF 30). The data collection was carried out at 5 K.A.P.I. of the Municipality of Larissa from April to June 2018. The questionnaire was completed by an interview, while the statistical analysis was done with the software program SPSS22.0.

Results: 27, 3% of the elderly had depressive symptoms, with 22, 7% having moderate and 4,7% with severe depression, with women accounting for the highest (36,0%) relative to men (18,7), ($p = 0,027$). 72,7% were not depressed. The multivariate analysis shows the determinants of its frequency, age, marital status, monthly family income, Body Mass Index and insomnia problems, while all dimensions of Quality of Life are negatively related to its occurrence.

Conclusions: It was found that Depression is associated to a significant degree with some of the characteristics but also with the Quality of Life of the elderly. Increased levels of depression lead to the isolation of these individuals and to their non – participation in K.A.P.I. or other social actions.

Key-words: Elderly, Quality of life, Primary Health Care, Depression, Open Care Centre for the Elderly

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με ειδικούς επιστήμονες, τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών θεωρούνται ως ηλικιωμένα και αποτελούν την λεγόμενη Τρίτη ηλικία. Το κάθε άτομο αποτελεί μια μοναδική και ξεχωριστή οντότητα έχοντας διαφορετικές ατομικές ανάγκες, μορφωτικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση αλλά και διαφορετική θέση στην κοινωνία. Τα άτομα αυτά σήμερα, θα λέγαμε πως συγκροτούν μια μεγάλη και αρκετά ευαίσθητη κοινωνική ομάδα που συχνά έρχεται αντιμέτωπη με μια ποικιλία δυσκολιών όπως είναι για παράδειγμα η σωματική εξασθένηση, τα πιθανά οικονομικά προβλήματα, η ψυχική τους υγεία με κυρίαρχο το άγχος ή τον φόβο, η κοινωνική τους θέση και άλλα. Πρόκειται για μια ομάδα ατόμων στην οποία η φτώχεια, ο αναλφαριθμισμός, οι δύσκολες συνθήκες ζωής ή η αναπηρία κάνουν συχνά την εμφάνισή τους, γεγονός που την καθιστά αυτόματα αρκετά ευάλωτη σε κινδύνους όπως η κοινωνική απομόνωση.

Η Ψυχική Υγεία του ηλικιωμένου θα λέγαμε πως διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία της γήρανσης. Το άγχος της καθημερινότητας φαίνεται να συντελεί στην εμφάνιση της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα, μια συναισθηματική/ψυχική διαταραχή η οποία εμφανίζεται όλο και πιο συχνά στα άτομα αυτά επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό θα λέγαμε την ποιότητα ζωής τους.

Από την άλλη πλευρά, η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν πολυσύνθετο όρο που σκοπό έχει να μελετήσει τους τομείς που αναφέραμε, γεγονός που με τη σειρά του μας προτρέπει να διερευνήσουμε σε μεγαλύτερο βάθος το ποια μπορεί να είναι τα επίπεδα της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία, ποια η ποιότητα ζωής, καθώς επίσης και ποια είναι η σχέση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ αυτής της ψυχικής διαταραχής και της ποιότητας ζωής αλλά και των χαρακτηριστικών αυτών των ηλικιωμένων ατόμων.

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το γενικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει τα 4 πρώτα κεφάλαια και το ειδικό μέρος που περιλαμβάνει επίσης 4 κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της τρίτης ηλικίας, η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα, τα χαρακτηριστικά και οι ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων, η έννοια της ψυχικής υγείας, αλλά και η ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει την έννοια της γηριατρικής κατάθλιψης, τα συμπτώματα, τους παράγοντες κινδύνου, την ύπαρξή της στη Π.Φ.Υ.(Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), αλλά και μια σύντομη αναφορά σε επιδημιολογικά δεδομένα.

Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο παρατίθεται η έννοια της Ποιότητας Ζωής γενικά αλλά και ειδικά στην Τρίτη ηλικία.

Την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και την σχέση της με την Τρίτη ηλικία πραγματεύεται το τέταρτο κεφάλαιο, το οποίο παρουσιάζει τις Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας για

τα ηλικιωμένα άτομα στο Νομό Λάρισας, ποια είναι τα Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων, ο σκοπός και ο στόχος τους, καθώς επίσης και οι υπηρεσίες που προσφέρουν.

Ακολουθεί το ειδικό μέρος της εργασίας, όπου το 1^ο κεφάλαιο περιλαμβάνει το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα.

Στη συνέχεια, το 2^ο κεφάλαιο αναφέρεται στο Υλικό και τη Μέθοδο της μελέτης. Ποιο ήταν το σχέδιο μελέτης και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, ποια ήταν η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων αλλά και πώς έγινε επίσης η ανάλυση και η εφαρμογή των στατιστικών δοκιμασιών, πρόκειται για τα ερωτήματα που απαντώνται με περιγραφική παράθεση σε αυτό το κεφάλαιο.

Στο 3^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Συγκεκριμένα, αναλύονται τα δημογραφικά – κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής στήριξης και της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος. Στη συνέχεια παρατηρούμε τη συχνότητα της κατάθλιψης αυτών των ατόμων, την ποιότητα ζωής τους αλλά και ποια είναι η σχέση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά τους, η Πολυμεταβλητή ανάλυση αυτών, καθώς επίσης και η σχέση της με την ποιότητα ζωής τους.

Τέλος, στο 4^ο κεφάλαιο ακολουθεί η συζήτηση και η αναφορά των συμπερασμάτων της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας

Ο Πυθαγόρας διέκρινε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, που η κάθε μία είχε διάρκεια 20 χρόνια, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0 - 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20 - 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40 - 60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60- 80 ετών [1].

Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει από διάφορους επιστήμονες βιολόγους, κοινωνιολόγους, κ.λπ., δεν έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια ένας ορισμός για την τρίτη ηλικία. Ο ορισμός αυτός αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύπαραγοντικό ζήτημα καθώς κάθε χώρα έχει τα δικά της ήθη και έθιμα, συνθήκες και τρόπο ζωής, βιωματικό επίπεδο και προσδόκιμο επιβίωσης. Επίσης, ο κάθε ανθρώπινος οργανισμός είναι μοναδικός και ξεχωριστός και έχει την ικανότητα να αντιδρά εξατομικευμένα [2].

Προς το παρόν δεν υπάρχει σαφές ηλικιακό όριο από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), αλλά έχει συμφωνηθεί τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω να αποτελούν την κατηγορία των ηλικιωμένων και της Τρίτης ηλικίας [3]. Ο καθορισμός αυτός θα λέγαμε πως είναι αυθαίρετος και έχει εφαρμογή κυρίως στο δυτικό κόσμο, αφού δεν ανταποκρίνεται στα δεδομένα της Αφρικής ή άλλων περιοχών της γης με λιγότερο ανεπτυγμένα υγειονομικά συστήματα [2]. Ωστόσο, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν τον διαχωρισμό των υπερηλίκων στο σύνολό τους, σε υποσύνολα ηλικιών με τον ισχυρισμό ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα και με την εξέλιξη της ηλικίας. Σήμερα, έχει οριστεί η ηλικία των 65 ετών, η οποία αποτελεί και την ηλικία κατά την οποία τα άτομα βγαίνουν στη σύνταξη, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται ως γηριατρικός. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) τα άτομα 74 – 90 ετών αποτελούν την Τέταρτη ηλικία και άνω των 90 την Πέμπτη ηλικία [4].

1.2 Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα φυσιολογικό φαινόμενο που δεν έχει δραματικές ή ανησυχητικές διαστάσεις, όπως συνήθως του απονέμεται στη σημερινή εποχή. Είναι μια φυσιολογική

συνέπεια του τρόπου ζωής που έχει υπερισχύσει τον τελευταίο αιώνα και διακρίνεται κυρίως στις δυτικές κοινωνίες και στα βιομηχανικά ανεπτυγμένα κράτη.

Το προσδόκιμο επιβίωσης στην Ελλάδα, αλλά και σε ολόκληρο το Δυτικό κόσμο, έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Το 1990 το προσδόκιμο ήταν περίπου τα 79,4 έτη ενώ το 2004 έφτασε τα 82 έτη για τις γυναίκες με τους άνδρες να μένουν στα 5 χρόνια λιγότερο.

Σύμφωνα με μελέτες, στην Ελλάδα τα ηλικιωμένα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αποτελούν περίπου το 16,71% του συνολικού πληθυσμού. Συμπεραίνουμε λοιπόν πως περίπου ένας (1) στους έξι (6) κατοίκους στην Ελλάδα είναι ηλικιωμένος. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες, οι γυναίκες με ποσοστό 18,28% υπερέχουν σε σύγκριση με τους άνδρες οι οποίοι αποτελούν το 15,10%. Επίσης, σύμφωνα με μελέτες, η γυναίκα των 65 ετών μπορεί να ζήσει κατά μέσο όρο 18,3 έτη ενώ ο άνδρας τα 16,2 έτη. Οι κάτοικοι της Ελλάδας άνω των 65 ετών υπερδιπλασιάστηκαν τον τελευταίο μισό αιώνα, ενώ ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η οικογενειακή κατάσταση αλλά και οι συνθήκες διαμονής αλλάζουν συνήθως με τραγικό τρόπο πάνω από τα 65 έτη. Οι άνθρωποι μπαίνουν στα γηρατειά σαν άτομα και μέλη μιας ομάδας με αντιλήψεις, κοινές εμπειρίες αλλά και προσδοκίες [5].

1.3 Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

Η γήρανση είναι μια αναπόφευκτη διαδικασία και αντιπροσωπεύει τη συσσώρευση σωματικών αλλαγών με την πάροδο του χρόνου. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν τόσο τη σωματική όσο και την συναισθηματική ωριμότητα. Ωστόσο, πολλές είναι οι παθολογικές διεργασίες που κάνουν την εμφάνισή τους ως μέρος της διαδικασίας της γήρανσης [6]

Τα χαρακτηριστικά του γήρατος είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της απόδοσης των κυττάρων στα διάφορα όργανα. Οι αλλαγές εμφανίζονται τόσο στην εξωτερική εμφάνιση, όσο και στην εσωτερική λειτουργία των συστημάτων. Όσον αφορά την εξωτερική εμφάνιση, το δέρμα ενός ηλικιωμένου μπορεί να έχει λιγότερες ή περισσότερες ρυτίδες, να είναι χλωμό, πιο τραχύ και λιγότερο ανθεκτικό. Επίσης, ένα άλλο κύριο χαρακτηριστικό είναι οι κηλίδες στα χέρια, στο πρόσωπο και τους καρπούς. Επιπλέον χαρακτηριστικά που παρατηρούνται με την πάροδο του χρόνου αφορούν αλλαγές στην κινητικότητα όπου η αργή κίνηση τους καθιστά ευάλωτους στα ατυχήματα, σε συναισθηματικό, νοητικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, αλλά και σε θέματα υγείας. Αυτές οι αλλαγές εμφανίζονται και βιώνονται με διαφορετικό τρόπο από κάθε άτομο. Το 1975, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις αλλαγές της προσωπικότητας, όπως η αποδέσμευση από την επαγγελματική ταυτότητα, η απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, η απομόνωση, η άρνηση, ο θυμός, η εξάρτηση, οι

διαταραχές του χαρακτήρα, οι ψυχωτικές διαταραχές, η νευρωτική συμπεριφορά κ.α. που απειλούν την ψυχική του υγεία και τη συγκρότηση της προσωπικότητάς του.

Από την άλλη πλευρά, τα εσωτερικά συστήματα όπως το κυκλοφοριακό, το αναπνευστικό, το ουροποιητικό, το γαστρεντερικό, το νευρικό κ.α. γίνονται λιγότερο αποτελεσματικά καθώς περνούν τα χρόνια με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορα προβλήματα όπως η οστεοαρθρίτιδα, η οστεοπόρωση, τα κατάγματα, η ουρική αρθρίτιδα, ο διαβήτης, οι καρδιακές προσβολές, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η κακή λειτουργία των νεφρών, η ακράτεια ούρων και πολλά άλλα. Επίσης, τα αισθητήρια όργανα, με πρώτο την όραση να εμφανίζει τις σημαντικότερες αλλαγές αλλά και η πιθανή απώλεια της αίσθησης της ακοής δυσκολεύει ακόμη περισσότερο τα άτομα αυτά με αποτέλεσμα την απομόνωσή τους από το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τον Murtagh (2011), η γήρανση χαρακτηρίζεται από τα εξής:

- ✓ Ελάττωση της μεταβολικής μάζας
- ✓ Ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων
- ✓ Ελάττωση της ικανότητας προσαρμογής στο stress
- ✓ Αυξημένη ευπάθεια στα νοσήματα
- ✓ Αυξημένη πιθανότητα θανάτου

Επίσης ένα άλλο χαρακτηριστικό του ηλικιωμένου ατόμου είναι ότι με τα χρόνια αποξενώνεται κοινωνικά και το καταβάλλει η μοναξιά, καθώς πολλοί ηλικιωμένοι αναγκάζονται να μένουν μεγάλο μέρος της ζωής που τους απομένει σε κάποιο ίδρυμα με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται όλο και περισσότερο η φυσική και πνευματική τους κατάσταση. Θα λέγαμε επίσης πως η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, ο ασφαλιστικός τους φορέας, το μορφωτικό επίπεδο, το υποστηρικτικό τους σύστημα και η απώλεια του ενός από τους δύο συζύγους, φαίνεται να φθείρει ψυχολογικά τα άτομα αυτά [7,8].

1.4 Οι ανάγκες της τρίτης ηλικίας

Όπως όλα τα μέλη της οικογένειας έτσι και τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν τις δικές τους ατομικές ανάγκες οι οποίες έχουν ως στόχο να βελτιώσουν την ζωή τους και να την κάνουν πιο ευχάριστη. Σύμφωνα με ελληνικές και ξένες επιστημονικές μελέτες αλλά και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι ανάγκες των ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι:

- ✓ Η ανάγκη της κατάλληλης τροφής, στέγης, θέρμανσης, ρουχισμού, οικιακής βοήθειας, καθαριότητας, δυνατότητα μετακίνησης. Η παραμονή σε μία καθαρή κατοικία με θέρμανση και προστασία από τις καιρικές συνθήκες.
- ✓ Ο κάθε ηλικιωμένος έχει την ανάγκη για την παροχή μιας ψυχολογικής αλλά και οικονομικής υποστήριξης, ένα εισόδημα το οποίο θα επιτρέπει την κάλυψη των βασικών του αναγκών.
- ✓ Η ανάγκη των ηλικιωμένων για ενσωμάτωση σε ένα οικογενειακό, θερμό περιβάλλον όπου δεν θα νιώθουν παρείσακτοι αλλά και η διατήρηση των ανθρώπινων σχέσεων χωρίς το αίσθημα βάρους προς τους άλλους.
- ✓ Η ανάγκη των ηλικιωμένων για παραμονή στο σπίτι και κατ' οικον φροντίδα.
- ✓ Η ανάγκη για ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό της προσωπικότητάς τους, χωρίς την καταπάτηση της αξιοπρέπειας και την υπερηφάνειας τους και χωρίς ταλαιπωρία.
- ✓ Η συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η ανάγκη να ανήκουν κάπου. Η ανάγκη για εκπαίδευση, καινούργια ενδιαφέροντα, επικοινωνία, απασχόληση, πνευματικά ερεθίσματα, ψυχαγωγία. Με τη συμμετοχή τους οι ηλικιωμένοι ξεχνούν τα διάφορα προβλήματα αλλά και νιώθουν ότι προσφέρουν και ότι είναι μέλη μιας ομάδας ή δράσης.
- ✓ Η ανάγκη νομικής εξυπηρέτησης και προστασίας.
- ✓ Η ανάγκη των ηλικιωμένων για σωστή ενημέρωση πάνω σε διάφορα θέματα που τους αφορούν.
- ✓ Η ανάγκη των ηλικιωμένων να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις και στις εξελίξεις αναφορικά με τη ζωή τους.
- ✓ Δυνατότητα να κουνούνται ανεξάρτητοι στο χώρο τους χωρίς τη βοήθεια του φροντιστή.
- ✓ Τη δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια.
- ✓ Σεβασμό της προσωπικής ατομικής ελευθερίας και αυτονομίας τους προκειμένου να ζουν με αυτοσεβασμό.

Φυσικά, για την επίτευξη των παραπάνω, θα πρέπει να υπάρχει ο κατάλληλος σεβασμός απέναντι στα δικαιώματα και στις ανάγκες αυτών των ατόμων. Η κοινωνία πρέπει να σέβεται τον διαφορετικό ρυθμό αλλά και τρόπο που λειτουργούν τα άτομα που εισέρχονται στην Τρίτη ηλικία. Δυστυχώς όμως, στη σημερινή εποχή παρατηρούμε πως δεν καλύπτονται επαρκώς αυτές οι ανάγκες λόγω της οικονομικής κρίσης που τα τελευταία χρόνια έχει εμφανιστεί και μαστίζει στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης [9].

1.5 Ορισμός της Ψυχικής Υγείας

Η Ψυχική Υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι «η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από απο τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα».

Η Ψυχική Υγεία περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Την επίγνωση της ταυτότητας
- Τη δυνατότητα ανεξαρτησίας του ατόμου από τις κοινωνικές επιρροές και ενεργητικότητα
- Τη δυνατότητα του ατόμου να στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις
- Τη δυνατότητα αντιμετώπισης και άρνησης του stress
- Την ικανότητα του ατόμου να αγαπά, να εργάζεται, να ψυχαγωγείται
- Τη δυνατότητα του ατόμου να βρίσκει λύσεις για τα προβλήματά του
- Την ικανότητα ελέγχου του περιβάλλοντος [10, 11]

Αποτελεί λοιπόν, «την αρμονική λειτουργία του ψυχοσωματικού μέρους της ανθρώπινης προσωπικότητας, τη θετική δυναμική κατάσταση που εκφράζει ολότητα λειτουργίας και ζωής. Είναι η ψυχοσωματική και πνευματική ανάπτυξη, η έκφραση του προσωπικού δυναμισμού, η αρμονία μεταξύ του τρόπου ζωής και της προσωπικής συνείδησης του ατόμου, η εκδίπλωση των δυνατοτήτων της προσωπικότητας και η πραγματοποίηση των σύνθετων λειτουργιών της, απόκτηση καλλιεργημένων και κατάλληλων τρόπων στις διαπροσωπικές σχέσεις, το συναίσθημα ευτυχίας που απορρέει από την πνευματική θεώρηση του ωραίου, η ηθική και ενάρετη ζωή, οι δημιουργικές δραστηριότητες, οι οικοδομικές συμμετοχές σε ομάδες, η αφοσίωση σε στοργική φροντίδα των άλλων και αγώνας για την κατάκτηση προσωπικής ακεραιότητας» [12].

1.6 Ψυχική Υγεία στην Τρίτη ηλικία

Σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της γήρανσης αποτελεί η ψυχική υγεία του ηλικιωμένου. Η ψυχική υγεία ενός ηλικιωμένου θα λέγαμε πως διαμορφώνεται με βάση τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις αλλά και καταστάσεις που έχει βιώσει το άτομο. Ένα κύριο χαρακτηριστικό που οδηγεί πολλά ηλικιωμένα άτομα στην κατάθλιψη, είναι το άγχος της καθημερινότητας. Σύμφωνα με μία έρευνα το 2006, οι πέντε βασικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ψυχική υγεία του ηλικιωμένου είναι:

- ✓ Οι ανθρώπινες σχέσεις
- ✓ Η φυσική του κατάσταση
- ✓ Η οικονομική κατάσταση - φτώχεια
- ✓ Η κοινωνική απομόνωση
- ✓ Η ενασχόληση με κάτι δημιουργικό

Θα λέγαμε πως πολλά άτομα που εισέρχονται στη Τρίτη ηλικία αποδέχονται την διαδικασία της γήρανσης αλλά όχι και την πιθανή κακή φυσική κατάσταση που μπορεί να συνυπάρχει, καθώς η καλή φυσική κατάσταση αποτελεί ένα από τα σημαντικά στοιχεία για τη διατήρηση της καλής ψυχικής τους υγείας. Από τους σημαντικότερους παράγοντες που σχετίζονται με την κακή ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων είναι η οικονομική κατάσταση που επικρατεί σε ολόκληρη τη χώρα, η μοναξιά, ο κοινωνικός αποκλεισμός αλλά και η φτώχεια. Αρκετοί ερευνητές αναφέρουν πως στην πραγματικότητα οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν είναι σε μεγάλο βαθμό κοινωνικά αποκλεισμένοι [13].

Σύμφωνα με μελέτες, η επικοινωνία και οι επαφές των ηλικιωμένων ατόμων με άλλα άτομα, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες τόσο για την ψυχική τους υγεία, όσο και για την ποιότητα της ζωής τους [14]. Οι ηλικιωμένοι που έρχονται σε επαφή καθημερινά και μιλάνε με πολλούς ανθρώπους τριγύρω και γενικά έχουν ένα ευρύ κοινωνικό περίγυρο, φαίνεται να είναι πιο χαρούμενοι αλλά και να αισθάνονται πιο υγιείς σε σχέση με αυτούς που δεν το έχουν. Οι ηλικιωμένοι επίσης, μπορεί να οδηγηθούν στην απομόνωση και στην μοναξιά στην περίπτωση που απουσιάζουν οι ουσιαστικές σχέσεις, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας [15].

Η μοναξιά είναι μια εμπειρία που τις περισσότερες φορές θα λέγαμε χαρακτηρίζεται ως δυσάρεστη και ο κάθε ηλικιωμένος τη βιώνει ατομικά με τον δικό του μοναδικό τρόπο. Από την άλλη πλευρά όμως, παρατηρούμε πως υπάρχουν άτομα που παρ' όλο που δεν πλαισιώνονται από ένα ευρύ κοινωνικό περίγυρο, δεν νιώθουν αυτή τη μοναξιά και άτομα που παρ' ότι έχουν αρκετές κοινωνικές επαφές την αισθάνονται έντονα [16]. Ο κοινωνικός περίγυρος αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα

που μπορεί να επηρεάζει και να σχετίζεται άμεσα με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την μοναξιά. Επίσης το φύλο, η ηλικία, το μέρος που κατοικεί αλλά και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου. Για παράδειγμα, τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν σε αγροτικές περιοχές είναι πιο ευάλωτα στη μοναξιά και στη κοινωνική απομόνωση σε αντίθεση με αυτά που μένουν σε αστικές περιοχές. Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου που έχει κάποιος είναι ιδιαίτερα σημαντικά [13]. Έχει αποδειχθεί πως οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι αλλά και οι χωρισμένοι ή όσοι ζουν σε υποβαθμισμένες γειτονίες είναι πιο ευάλωτοι στο να εμφανίσουν κακή ψυχική υγεία [17].

Καθημερινά τα ηλικιωμένα άτομα βλέπουμε ότι βιώνουν τον ηλικιακό ρατσισμό, κάτι που απορρέει από τις πιθανές προκαταλήψεις αναφορικά με την ηλικία τους. Θα λέγαμε όμως πως υπάρχουν οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν την γήρανση ως μια φυσική εξελικτική διαδικασία που τους παρέχει τη δυνατότητα και την ευκαιρία να ασχοληθούν με πράγματα που δεν μπορούσαν παλιότερα να κάνουν λόγω έλλειψης χρόνου και άλλοι που αντιμετωπίζουν την γήρανση ως μια πολύ δυσάρεστη κατάσταση αδράνειας όπου νιώθουν ότι δεν μπορούν να προσφέρουν και πως το μόνο που κάνουν είναι να εξαρτώνται από τους άλλους και να αισθάνονται απλά ως βάρος στην κοινωνία. Παρατηρούμαι λοιπόν πως η ενασχόληση του ηλικιωμένου με κάποια δραστηριότητα, βοηθά τον ηλικιωμένο να νιώθει σημαντικός και σύμφωνα με μελέτες, η καλή συναισθηματική υγεία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την καλή σωματική υγεία [18, 19].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Ορισμός της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια κοινή συναισθηματική / ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται στα παιδιά, τους εφήβους, τους ενήλικες και συνήθως στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Είναι μια δημοφιλής και αδύνατη κατάσταση για τους ηλικιωμένους (60 ετών και άνω) καθώς αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται θα λέγαμε για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων [20,21].

Το άτομο με κατάθλιψη μπορεί να χαρακτηρίζεται απο:

- Συναισθήματα θλίψης, μοναξιάς, απογοήτευσης, ευερεθιστότητας, αστάθειας, απελπισίας, διέγερσης, άγχος, ενοχής
- Μείωση ενεργητικότητας
- Απώλεια συγκέντρωσης και προσοχής
- Κόπωση
- Μειωμένη όρεξη
- Διαταραχές του ύπνου (Αυπνία ή Υπερυπνία)
- Ιδέες ή πράξεις αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφής
- Απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον
- Περιορισμένη δραστηριότητα
- Ιδέες ενοχής και αναξιότητας
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του

Παρατηρείται εξασθένηση της ικανότητας του ατόμου να απολαμβάνει τη ζωή όπως παλιότερα και μειώνεται θα λέγαμε η ποιότητα της ζωής του αυξάνοντας παράλληλα τον κίνδυνο για προβλήματα υγείας. Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί ένα συναίσθημα, όπως μετά από μια σημαντική απώλεια ή θάνατο για το άτομο, ή ένα σύμπτωμα, όπως στη περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες, ή μια δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά

προβλήματα. Επίσης μπορεί να είναι και μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή κάποιο σύνδρομο, όπως είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη, η δυσθυμική διαταραχή, η διπολική διαταραχή τύπου I και II ή η κυκλοθυμική διαταραχή οι οποίες τοποθετούνται, όπως αναφέρουν το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM – IV – TR και το ICD-10 στις «Διαταραχές της διάθεσης».

Η αναγνώριση της νόσου έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορεί να απειλήσει την ίδια τη ζωή του ατόμου και να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο. Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως πρόκειται για μια υποτροπιάζουσα και αυτοκαταστροφική πάθηση που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια [22 - 24].

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας και μία από τις πιο κοινές χρόνιες ασθένειες του γενικού πληθυσμού που επηρεάζει περίπου 120 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι μέχρι και το 2020 η κατάθλιψη θα αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία νοσηρότητας παγκοσμίως μετά από την ισχαιμική καρδιακή νόσο, ενώ ο Π.Ο.Υ. την κατατάσσει ως τρίτη κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως. Η Εθνική Έρευνα Εξέτασης για την Υγεία και τη Διατροφή (NHANES) το 2005-2006 αναφέρει πως στις Η.Π.Α. πάνω από 5% των ατόμων παρουσιάζουν κατάθλιψη. Τα ποσοστά φυσικά διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή ή εθνικότητα αλλά και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Σύμφωνα με έρευνες, η πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνεται περισσότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες [25, 26].

2.2 Γηριατρική κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω που αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους (QOL)[20].

Η κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ενήλικες μπορεί να παρουσιάζεται :

1. Ως επαναλαμβανόμενη ασθένεια που προέρχεται από προηγούμενη ζωή (Κατάθλιψη που εμφανίζεται πρώιμα [EOD]).
2. Ως κατάθλιψη νέας εμφάνισης (κατάθλιψη που καθυστερεί να εκδηλωθεί [LLD]).
3. Ως διαταραχή διάθεσης δευτερογενή σε μια γενική ιατρική κατάσταση.
4. Ως συμπτώματα διάθεσης δευτεροπαθών στη χρήση ουσιών ή φαρμάκων.

Η κατάθλιψη νέας εμφάνισης χαρακτηρίζεται ως η κατάθλιψη που αρχικά εμφανίζεται σε ασθενείς μετά την ηλικία των 60-65 ετών [27].

2.2.1. Συμπτώματα γηριατρικής κατάθλιψης

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	
Συναίσθημα	Θλίψη, καταθλιπτική διάθεση, απογοήτευση, απελπισία, άγχος και ανησυχίες, ανηδονία
Όρεξη	Κλινικά σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους ή μείωση της όρεξης
Ύπνος	Αυπνία ή υπερυπνία
Κινητοποίηση	Μείωση του ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για δραστηριότητες, έλλειψη ενέργειας και απώλεια της ελπίδας, κόπωση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Παραμέληση προσωπικής φροντίδας (παράληψη προσωπικής υγιεινής, φάρμακα)
Ψυχοκινητική διέγερση	Εκνευρισμός, ανησυχία, υπερένταση
Ψυχοκινητική επιβράδυνση	Επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου ή και κινήσεων
Σκέψη Αντίληψη	Σκέψεις άχρηστης ή υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής, αναξιότητας, σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτοκτονικός ιδεασμός, δυσκολία συγκέντρωσης και προσοχής, απώλεια μνήμης, αναποφασιστικότητα
Κοινωνικές	Απώλεια ενδιαφέροντος για χόμπι και κοινωνικοποίηση, κοινωνική απόσυρση και

σχέσεις:	απομόνωση
----------	-----------

Πίνακας 1. Συμπτώματα Γηριατρικής κατάθλιψης [28]

Ενώ η κατάθλιψη και η θλίψη φαίνεται να συνδέονται, πολλοί ηλικιωμένοι με κατάθλιψη ισχυρίζονται πως δεν νιώθουν καθόλου λυπημένοι αλλά όμως μπορεί να διαμαρτύρονται, για έλλειψη κινήτρων ή ενέργειας, ή σωματικά προβλήματα. Θα λέγαμε πως σωματικές ενοχλήσεις όπως οι πόνοι αρθρίτιδας ή επιδείνωση πονοκεφάλων, είναι συχνά το κυρίαρχο σύμπτωμα της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

2.2.2 Παράγοντες κινδύνου για τη γηριατρική κατάθλιψη

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία είναι:

- ✓ Φύλο (Συχνότερη στις γυναίκες)
- ✓ Οικογενειακή κατάσταση (χήρος, διαζευγμένος, μόνος)
- ✓ Κοινωνική απομόνωση και μοναξιά
- ✓ Κατανάλωση αλκοόλ
- ✓ Λήψη Φαρμάκων (βενζοδιαζεπίνη, Ναρκωτικά, Αντιυπερτασικά)
- ✓ Θάνατος συζύγου ή αγαπημένου προσώπου
- ✓ Προβλήματα υγείας, αναπηρία ή ασθένεια(καρκίνος, Υποθυρεοειδισμός, κάταγμα ισχίου, χτύπημα, τραυματισμοί ασθενειών πχ. Alzheimer, Parkinson, Έμφραγμα μυοκαρδίου), σοβαρός και χρόνιος πόνος
- ✓ Απώλεια της ταυτότητας, έλλειψη κινήτρων
- ✓ Διάφοροι φόβοι όπως ο φόβος θανάτου, άγχος
- ✓ Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
- ✓ Φτώχεια

Ειδικές εκτιμήσεις:

- Τα παράπονα μνήμης είναι κοινά
- Οι άνδρες έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας
- Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη είναι συνηθισμένοι
- Τα συμπτώματα από χρόνιες ασθένειες (κόπωση, απώλεια βάρους) μπορεί να επικαλύπτονται με συμπτώματα κατάθλιψης [28, 29].

2.3 Γηριατρική κατάθλιψη στην Π.Φ.Υ.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη, προτιμούν να λαμβάνουν θεραπεία στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη όπου οι πάροχοι είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν εκτός από τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τις χρόνιες παθήσεις που είναι κοινές στη τρίτη ηλικία και μπορεί να συνυπάρχουν με την κατάθλιψη [30].

Οι ρυθμίσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα λέγαμε πως παρουσιάζουν σημαντικές ευκαιρίες για την εξερεύνηση, τη διάγνωση και τη διαχείριση της γηριατρικής κατάθλιψης. Οι πάροχοι της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχουν τη συνεχή φροντίδα του ηλικιωμένου έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθούν σε βάθος χρόνου την κατάθλιψη του ηλικιωμένου. Διαπιστώνουμε πως το 10% των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν πρωτογενή νοσηλεία έχει κλινικά σημαντική κατάθλιψη, αλλά μόνο το ήμισυ αναγνωρίζεται και μόνο ένας στους πέντε ηλικιωμένους ενήλικες με κατάθλιψη λαμβάνει αποτελεσματική θεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Σύμφωνα με μελέτες, οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας ανιχνεύουν μόνο το 40-50% της κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων και θεωρείται λιγότερο επιτυχής η ανίχνευση σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες. Παρατηρούμαι επίσης ότι μόνο ένας στους πέντε ηλικιωμένους με κατάθλιψη λαμβάνει αποτελεσματική θεραπεία για την κατάθλιψη στη πρωτοβάθμια φροντίδα.

Τα εμπόδια στη θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης σχετίζονται μεταξύ ασθενή, παρόχου και συστήματος. Οι ασθενείς μπορεί να παραπονεθούν για σωματικά και όχι συναισθηματικά προβλήματα, μειώνοντας παράλληλα την πιθανότητα διάγνωσης της κατάθλιψης. Μπορεί επίσης να μη συνεργαστούν για τη διάγνωση της κατάθλιψης αναφέροντας πως τα συμπτώματά τους οφείλονται κυρίως σε φυσικές αιτίες ή «φυσιολογική γήρανση». Επίσης, οι ελλειπείς γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπείες, η μοναδική βοήθεια τα πρότυπα μεταξύ ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων, το στίγμα και η κακή προσκόλληση καταγράφονται ως σημαντικά εμπόδια.

Από την άλλη πλευρά, ο πάροχος ανησυχεί για τον στιγματισμό των ηλικιωμένων με κατάθλιψη, την πίεση του χρόνου, τις ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια και τις θεραπευτικές επιλογές, την έλλειψη ψυχοκοινωνικού προσανατολισμού και την ανεπαρκή γνώση σε διαφορετικές πολιτιστικές παρουσιάσεις των ψυχικών διαταραχών.

Τα εμπόδια του συστήματος περιλαμβάνουν τις πιέσεις της παραγωγικότητας, την περιορισμένη κάλυψη της ψυχικής υγείας, την έλλειψη των ειδικών ψυχικής υγείας, την έλλειψη συστηματικών προσεγγίσεων για τον εντοπισμό και τη διαχείριση της κατάθλιψης όπως και ανεπαρκή συνέχεια της περίθαλψης. Οι πολιτικές που ρυθμίζουν τα περιβάλλοντα πρακτικής των παρόχων και η πρόσβαση των ασθενών στην περίθαλψη κατάθλιψης με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά εμπόδια στην αποτελεσματική θεραπεία.

Σύμφωνα όμως με πρόσφατες μελέτες, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της γηριατρικής κατάθλιψης συνιστάται η συνεργασία των παρόχων ψυχικής υγείας με αυτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά και η παραπομπή στην ψυχιατρική για συννοσηρές ψυχιατρικές ασθένειες, ιδεασμό ή πρόθεση αυτοκτονίας ή περίπλοκα θεραπευτικά σχήματα και καμία απόκριση στην αντικαταθλιπτική θεραπεία, ώστε να επιτευχθεί σε ικανοποιητικό βαθμό η παροχή της αποτελεσματικής διαβούλευσης και της συνεργατικής φροντίδας [31, 32]. Παρ' όλο που η ταυτοποίηση των ασθενών με κατάθλιψη μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη στους χώρους της πρωτοβάθμιας φροντίδας, θα λέγαμε πως κάποια μέτρα ελέγχου της κατάθλιψης ενδέχεται να βοηθήσουν και να διευκολύνουν τους ειδικούς γιατρούς να διαγνώσουν τη ψυχική διαταραχή [21].

2.4 Επιδημιολογικά δεδομένα

Σε κοινοτικούς χώρους, ο επιπολασμός της καταθλιπτικής διαταραχής στα άτομα 65 ετών και άνω κυμένεται περίπου στο 1-5%. Τα πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν πως τα ποσοστά κατάθλιψης στο σύνολό τους σχετίζονται μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών (5,5%) και των αναπτυσσόμενων χωρών (5,9%), αλλά τείνουν να μειώνονται με την ηλικία στις ανεπτυγμένες χώρες και να αυξάνονται με την ηλικία στις αναπτυσσόμενες. Οι ηλικιωμένοι στις ανεπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν θα λέγαμε χαμηλά ποσοστά μέσης κατάθλιψης (2,6%), ενώ οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν μέσο ποσοστό περίπου το τριπλάσιο (7,5%).

Παρατηρείται αύξηση του ποσοστού της γηριατρικής κατάθλιψης σε 12-30% σε θεσμικούς χώρους και έως 50% για τις εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης. Σύμφωνα με έρευνες, περίπου το 5-10% των ηλικιωμένων που εμφανίζονται στους χώρους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσιάζουν κλινικά σημαντική κατάθλιψη [31, 33].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής

Παρ' ότι οι απόψεις δίστανται για τον ορισμό της ποιότητας ζωής, η επιστημονική κοινότητα συμφωνεί ομόφωνα ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν πολυσύνθετο όρο με μεγάλο εύρος περιεχομένου και πολλές διαστάσεις και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από την ικανοποίηση και την υποκειμενική αίσθηση ευεξίας αλλά και απόλαυσης (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική) που μπορεί να αντλεί και να νιώθει το άτομο από τη ζωή του. Επηρεάζεται σημαντικά ως ένα βαθμό από την αντίληψη που έχει το άτομο σχετικά με το βαθμό της λειτουργικότητάς του σε διάφορους τομείς της ζωής του αλλά και τις ικανοποιητικές δραστηριότητες που πραγματοποιεί τον ελεύθερο του χρόνο. Η απόλαυση αφορά τρεις τομείς της ζωής:

1. **Το είναι**, (βιολογικό, ψυχολογικό και πνευματικό)
2. **Πού ανήκει κανείς**, (κοινωνικές και προσωπικές διασυνδέσεις με το περιβάλλον)
3. **Πού θέλει να φτάσει**, (επίτευξη προσωπικών στόχων) [34].

Στους αντικειμενικούς δείκτες της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβάνονται ο βαθμός της λειτουργικότητας ενός οργανισμού και η ικανότητά του για εργασία καθώς μέσα από αυτούς φαίνεται η σωματική κατάσταση του ατόμου. Αντίθετα στους υποκειμενικούς δείκτες ανήκουν η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου, η ικανοποίηση του από τη ζωή, η ευεξία και η γενική επίδραση [35].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), «η ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες» [20].

3.2 Ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους σχετίζεται θα λέγαμε με τη δημιουργία ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών οι οποίες μπορεί να ενδυναμώσουν αλλά και

να προάγουν τη βέλτιστη υγεία και την ανάπτυξη. Με την επίτευξη της καλής ψυχικής υγείας προάγεται αυτόματα και η ποιότητα της ζωής του ηλικιωμένου [36].

Με το πέρασμα των χρόνων η πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών αυξάνεται με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να αντιμετωπίζουν αρκετές ασθένειες. Η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συνδέεται με κοινωνικοδημογραφικούς αλλά και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Σύμφωνα με μια μελέτη, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων είναι κυρίως το κοινωνικό περιβάλλον, η ύπαρξη κατάθλιψης και η γνωστική ικανότητα [37].

Αναφορικά με τη μοναξιά, ένα μέρος των ατόμων ηλικίας 85-103 ετών αναφέρει ότι η ζωή με αναμνήσεις αγαπημένων ατόμων που έχουν πεθάνει και η αίσθηση εγκατάλειψης αυξάνουν τα συναισθήματα μοναξιάς ενώ από την άλλη πλευρά ένα ποσοστό θεωρεί πως το να μένουν μόνοι τους αποτελεί μια ένδειξη ανεξαρτησίας επιδεικνύοντας αυτοπεποίθηση. Επομένως, το συναισθήμα της μοναξιάς μεταξύ αυτών των ηλικιών μπορεί να είναι ή καταστροφικό ή εποικοδομητικό και εξαρτάται από τις συγκυρίες της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων αλλά και γενικά την άποψη τους για τη ζωή και το θάνατο. Η μοναξιά μπορεί να επηρεάσει περίπου το 10% των ηλικιωμένων. Μία μελέτη σε 1725 άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω έδειξε ότι το 35% βίωνε τη μοναξιά, ενώ τη βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό οι γυναίκες. Οι αντιλήψεις του περιβάλλοντος του ατόμου αναφορικά με τη γήρανση επίσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων καθώς ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά την κοινή γνώμη και τον περίγυρο επιδεινώνοντας τα συναισθήματα των ηλικιωμένων που θεωρούν τους εαυτούς τους ως άχρηστους αλλά και βάρος για την οικογένειά τους συμβάλλοντας παράλληλα στην εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών [38].

Το άγχος επίσης αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που πιθανό να σχετίζεται με την σωματική αναπηρία, την μειωμένη ποιότητα ζωής, αλλά και την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας [39]. Επίσης, οι στρεσογόνοι παράγοντες σχετικά με την υγεία επηρεάζουν αρνητικά την ικανότητα του ηλικιωμένου να λειτουργήσει σε δύσκολες συνθήκες. Ένας τρόπος αντιμετώπισης αυτών των παραγόντων είναι η θρησκεία, η οποία συνδέεται με μεγαλύτερη συνολική ποιότητας ζωής. Υπάρχουν μελέτες που θεωρούν ότι η ενασχόληση με θρησκευτικές δραστηριότητες έχει θετική επίδραση στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων σε αντίθεση με άλλες που δεν έχουν βρει αντίστοιχη σημαντική συσχέτιση αναφορικά με την ποιότητα ζωής και την καλύτερη υγεία γενικά. Μέσα από τις θρησκευτικές συναντήσεις πολλών ατόμων, τα άτομα νιώθουν ένα είδος κοινωνικής υποστήριξης η οποία δρα προστατευτικά απέναντι στις ψυχικές διαταραχές όπου τα άτομα δημιουργώντας φιλίες, αυξάνουν την ικανοποίησή τους.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την καλή ή κακή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι ο τόπος διαμονής, τα διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου καθώς σύμφωνα με έρευνες τα πιο εξωστρεφή άτομα νιώθουν περισσότερο μόνα σε σχέση με τα πιο

εξωστρεφή, ο κοινωνικός στιγματισμός από την ψυχική νόσο που οδηγεί τα άτομα αυτά στο περιθώριο αλλά και η αισιοδοξία γενικά του ατόμου η οποία σχετίζεται με την υιοθέτηση καλύτερων συμπεριφορών επηρεάζοντας τη θνησιμότητα εμμέσως, ενώ αντίθετα η απαισιοδοξία αυξάνει τα ποσοστά της, επίσης συνδέεται με τη θετική στάση απέναντι στην αναζήτηση της υποστήριξης και βοήθειας που μπορεί να χρειάζονται τα άτομα αυτά αλλά και την πιστή τήρηση οποιασδήποτε θεραπείας. Επίσης, έχει διαπιστωθεί από μελέτες ότι το χαμηλό εισόδημα, οι φτωχές πρακτικές υγείας, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η αντίληψη για την υγεία σχετίζεται επίσης με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας στα ηλικιωμένα άτομα [40, 41].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.)

4.1 Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και Τρίτη ηλικία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στο Συνέδριο της Alma – Ata, το 1978, «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά γίνεται στο χώρο που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο βασικό στοιχείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας της φροντίδας υγείας. Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης... » [42].

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα ορίστηκε με τον νόμο 1397/1983 και αφορά την πρόληψη μέσα από προσιτές υπηρεσίες και εύκολη πρόσβαση σε όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από την ηλικία τους, τη φυλή ή την οικονομική τους κατάσταση. Οι κύριοι στόχοι της Π.Φ.Υ. είναι:

- ✓ Η δωρεάν παροχή των υπηρεσιών φροντίδας
- ✓ Διαπαιδαγώγηση του κοινού
- ✓ Η βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας
- ✓ Εμβολιασμοί
- ✓ Η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη και ο περιορισμός των νοσημάτων
- ✓ Η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα και προσφορά των αναγκαίων φαρμάκων
- ✓ Θεραπεία και αποκατάσταση – αποτελεσματική αντιμετώπιση ατυχημάτων/ νοσημάτων
- ✓ Οικογενειακός προγραμματισμός
- ✓ Δραστηριότητες αναφορικά με τη δημόσια υγεία, τη διατροφή και το περιβάλλον
- ✓ Επάρκεια και εξασφάλιση υγιεινής, διατροφής/υγιεινού νερού

Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να παρέχουν το Κέντρο Υγείας, το πολυϊατρείο αλλά και τα εξωτερικά ιατρεία στο νοσοκομείο. Η εξυπηρέτηση του πληθυσμού μπορεί να φτάσει περίπου τα 500 – 5.000 άτομα.

Δυστυχώς στην Ελλάδα, εδώ και πολλά χρόνια το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω έλλειψης εναλλακτικών μορφών νοσηλείας αντί της νοσοκομειακής, αλλά και του αυξημένου συνωστισμού των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, θα λέγαμε πως χαρακτηρίζεται ως νοσοκομειοκεντρικό, κάτι που αυτόματα το καθιστά κυρίως σύστημα ασθένειας και όχι πρόληψης. Παρατηρούμε όμως πως τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα και όχι μόνο, πραγματοποιείται μια

στροφή προς την Π.Φ.Υ. και την προληπτική ιατρική. Στις μέρες μας, η αναγκαιότητα της Π.Φ.Υ. βρίσκεται στο επίκεντρο ολόκληρου του συστήματος Υγείας καθώς μέσα από αυτή θα λέγαμε πως επιτυγχάνεται επίσης και η σημαντική μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, μέσω της μείωσης της άσκοπης ζήτησης των ακριβών εξειδικευμένων υπηρεσιών αλλά και την αποσυμφόρηση γενικά των εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία.

Μερικές από τις κοινοτικές δομές που παρέχουν Π.Φ.Υ. στους ηλικιωμένους είναι:

- Οι ξενώνες
- Τα γηροκομεία
- Οι οίκοι ευγηρίας
- Οι σύλλογοι συνταξιούχων
- Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)
- Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)
- Τα κέντρα αποκατάστασης
- Τα κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Τα ιδρύματα χρονίως πασχόντων
- Οι γηριατρικές εταιρίες [43 - 46]

4.2 Υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας για την τρίτη ηλικία στο Νομό Λάρισας

Για την καλύτερη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, απαιτείται η ιδιαίτερη προσοχή αλλά και η χρήση των κατάλληλων μεθόδων και χειρισμών τόσο κρατικών όσο και ατομικών. Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους παρέχονται κυρίως από την εκκλησία, το ίδιο το κράτος, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, την τοπική αυτοδιοίκηση ή με ιδιωτική πρωτοβουλία.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούμε μία προσπάθεια για ανάπτυξη πολιτικών σχετικά με τους ηλικιωμένους που έχουν ως στόχο:

- ✓ Την διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης
- ✓ Την αναβάθμιση και τον εμπλουτισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας
- ✓ Την ενίσχυση των οικογενειακών πολιτικών
- ✓ Την προώθηση και ενίσχυση της ενεργού συμμετοχής των ηλικιωμένων αλλά και την παροχή δυνατοτήτων για να αναπτύξουν τις ικανότητές τους
- ✓ Τη διασύνδεση των επιμέρους προνομιακών πολιτικών και προγραμμάτων
- ✓ την ενθάρρυνση της τοπικής, αποκεντρωμένης και μικρής κλίμακας λειτουργίας [47].

Η Λάρισα αποτελεί μία περιοχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από αγροτικό πληθυσμό, παράδοση στα προνοιακά ιδρύματα, βιομηχανία, σημαντική πολιτιστική κληρονομιά και γρήγορο ρυθμό ανάπτυξης. Επίσης, η δημογραφική γήρανση στη Λάρισα αγγίζει το 12,24%. Ο Νομός διαθέτει τις παρακάτω υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας για τα ηλικιωμένα άτομα:

1. Κλειστή Προστασία Ηλικιωμένων:

- Δημοτικό Γηροκομείο – Οίκος Ευγηρίας.
Τέρμα Καρδίτσης, τηλ. 2419- 620311 το οποίο βρίσκεται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Οικονομικών και Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

2. Ανοιχτή Προστασία Ηλικιωμένων:

- Κ.Α.Π.Η. (5)
- Πρόγραμμα Γ' Ηλικίας Ε.Ο.Κ.Φ., (Ε.Ο.Π.), Ροδοπούλειο, Γαριτσίου και Λευκίππου, (Αβέρωφ) τηλ. 041-661.727
- Πρόγραμμα Γ' Ηλικίας Ε.Ο.Κ.Φ., (Ε.Ο.Π.), Αμπελοκήπων, Γεωργιάδου 33, τηλ. 041-251.326
- Ανοιχτό Γηροκομείο, Αγιά
- Στέκια ηλικιωμένων (Αγιά, Βερδικούσια, Αμπελώνας, Αρμένιο, Γόννοι, Νίκαια, Γιάννουλη, Φάρσαλα, Ελασσόνα, Πλατύκαμπος, Ραψάνη, Τύρναβος, Χάλκη)

Επίσης, στο Νομό υπάρχουν:

A. Προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας:

- Συσσίτιο για 50 απόρους (Κ.Α.Π.Η. σε συνεργασία με το Δήμο)

B. Προγράμματα Κοινωνικής Αλληλεγγύης:

- Πρόγραμμα καθαριότητας ρούχων των ανήμπορων ηλικιωμένων
- Πρόγραμμα οικιακής βοήθειας σε σπίτι κατάκοιτου ηλικιωμένου
- Πρόγραμμα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Γ. Υπηρεσίες Γεροντολογίας Λάρισας

- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι και στην Υπηρεσία
- Παροχή οικιακής βοήθειας
- Παροχές τροφίμων, ρούχων
- Ψυχολογική υποστήριξη

Δ. Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Λάρισας

Παπαναστασίου και Κουμουνδούρου, τηλ. 041 - 597.297

- Έκτακτη Οικονομική Ενίσχυση
- Επίδομα αναπηρίας
- Στεγαστική συνδρομή [48]

4.3 Κ.Α.Π.Η. Δήμου Λάρισας

Τα Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λάρισας ανήκουν στον Οργανισμό Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου και είναι Δημοσίου Δικαίου. Στο Δήμο της Λάρισας σήμερα λειτουργούν 5 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων και 14 στέκια υπό την επίβλεψη των Κ.Α.Π.Η. σε όλες τις συνοικίες της πόλης, τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και κοινωνικής στήριξης.

Τα Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λάρισας είναι:

1. Α' ΚΑΠΗ: Τσαρουχά 9, τηλ. 2410- 233918 (Ν. Σμύρνη)

- Στέκι Αμπελοκήπων, Μύρων 7 (Πίσω από τα ΚΤΕΛ), 2410-538414
- Στέκι Αλκαζάρ, Βίτσι 1, 2410-254891
- Στέκι Ιπποκράτη, Μανουσάκη 21Α, 2410-530654

Εγγεγραμμένα Μέλη: 2.121

2. Β' ΚΑΠΗ: Τέρμα Λαγού ,τηλ. 2410 - 670251 (Ποταμόπολη)

- Στέκι Νεάπολης, Κλεάρχ. & Ιωαν. Πατέρα 74, τηλ. 2410-612443
- Στέκι Αγ. Νικολάου, Ασκληπιού 68, τηλ. 2410-616634
- Στέκι Λιβαδακίου, Ράγγου 14, τηλ. 2410-610353
- Στέκι Αγ. Θωμά, Εργατικές Κατοικίες

Εγγεγραμμένα μέλη: 2.983

3. Γ' ΚΑΠΗ : Ηρώων Πολυτεχνείου & 23^{ης} Οκτωβρίου τηλ. 2410- 233430 (Πολιτιστικό Κέντρο Αγ. Κωνσταντίνου)

- Στέκι Αγ. Κων/νου, Κανάρη 6, 2410-235890
- Στέκι Σταθμού, Πλατεία ΟΣΕ, 2410-283450

Εγγεγραμμένα μέλη: 3.024

4. Δ' ΚΑΠΗ : Αχιλλέως 3 και 26, τηλ. 2410-610468 & 2410- 616390 (Ανθούπολη)

- Στέκι Νεραϊδας, Καρδίτσης 69, 2410-610482
- Στέκι Πυροβολικών, Ήρωνος 7, 2410-627828
- Στέκι Ηπειρώτικων, Φώτη Παππά 1, 2410-669180
- Στέκι Ροδοπούλειου, Γαριτσίου & Λευκίππου
- Στέκι Νέας Πολιτείας, Θεοδοροπούλου και Καΐρη, τηλ. 2410-238216

Εγγεγραμμένα μέλη: 2.500

5. Ε' ΚΑΠΗ : Κάρλας & Λαζαρίδη τηλ. 2410-239499 (Αγ. Γεώργιος)

Εγγεγραμμένα μέλη: 1.700

Σύνολο Εγγεγραμμένων μελών: 12.328

4.3.1 Μέλη των Κ.Α.Π.Η.

Στα Κ.Α.Π.Η. μπορούν να εγγραφούν άνδρες και γυναίκες ηλικίας 60 ετών και άνω που κατοικούν στην αντίστοιχη περιοχή λειτουργίας του Κ.Α.Π.Η.. Τα μέλη δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 300 άτομα αλλά ούτε να είναι και λιγότερα από 50. Για την εγγραφή τους αλλά και για τις πιθανές εκδρομές ή εκδηλώσεις οι ηλικιωμένοι πληρώνουν ένα συμβολικό ποσό ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα.

4.3.2 Σκοπός και Στόχοι των Κ.Α.Π.Η.

Σκοπός:

Η ενημέρωση και η συνεργασία όλων των αρμόδιων φορέων αλλά και της κοινωνίας γενικά για την επίλυση προβλημάτων που απασχολούν τους ηλικιωμένους αλλά και τις ανάγκες τους. Επίσης, σημαντική είναι και η διερεύνηση θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους, η ενίσχυση και διατήρηση της αυτονομίας, ισοτιμίας και ενεργούς συμμετοχής των μελών τους στο κοινωνικό σύνολο, αλλά και η **πρόληψη** των ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών προβλημάτων τους.

Στόχοι:

- ✓ **Η κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων** για την αντιμετώπιση της μοναξιάς (εκδρομές, οι συνεστιάσεις, επισκέψεις μουσείων, θεάτρων κ.α.)

✓ **Η Προληπτική ιατρική**

(εμβολιασμοί, τεστ Παπανικολάου, ακτινογραφίες θώρακος, συμβουλές για σωστή διατροφή και για την πρόληψη ατυχημάτων, ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση).

✓ **Η Ενεργοποίηση των ηλικιωμένων**

Ο/η κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή, ενθαρρύνουν κάθε δυνατότητα δημιουργίας ομάδων αυτενέργειας, σχηματίζοντας τις ομάδες ανάλογα με τα ενδιαφέροντα τους.

✓ **Η Αξιοποίηση των δυνατοτήτων**

Τα μέλη μπορούν να μοιράζονται τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους.

✓ **Η Ευαισθητοποίηση της κοινότητας**

Μέσα από οργανωμένες δραστηριότητες, στόχος είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων επιτυγχάνοντας με αυτό τον τρόπο τις καλύτερες σχέσεις των γενεών.

✓ **Διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς**

✓ **Η Ιατροκοινωνική έρευνα**

Υπό την εποπτεία των πανεπιστημιακών και άλλων Κέντρων Έρευνας σε θέματα που σχετίζονται με τα ηλικιωμένα άτομα.

4.3.3 Υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η.

- Οργανωμένη Ψυχαγωγία (εκδηλώσεις, παιχνίδια, χορωδίες, χορός) και επιμόρφωση πάνω σε διάφορα ιατρικά και άλλα θέματα που τους αφορούν
- Οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Λουτρά
- Προληπτική ιατρική
- Προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και στο οικογενειακό τους περιβάλλον
- Φυσιοθεραπεία
- Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις
- Τράπεζα αίματος

- Συσσίτιο
- Αίθουσα για συζήτηση και συναντήσεις
- Δημιουργική Απασχόληση (ζωγραφική, γλυπτική κ.α.)
- Οδοντιατρική Φροντίδα
- Κυλικείο

4.3.4 Ανθρώπινο δυναμικό

Σε κάθε Κ.Α.Π.Η. του Δήμου εργάζονται:

- ✓ Κοινωνική Λειτουργός (1)
Συντονίζει, υποδέχεται κάθε μέλος στο Κ.Α.Π.Η., συνεργάζεται και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες, αλλά και βοηθάει στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών, οικογενειακών και ατομικών προβλημάτων. Επίσης είναι υπεύθυνος για την οργάνωση διαφόρων εκδηλώσεων ερχόμενος σε συχνή επαφή και με άλλους φορείς της περιοχής ή της κοινότητας για τη συμμετοχή τους
- ✓ Φυσικοθεραπευτής/τρια (1)
Προσφέρει υπηρεσίες Φυσιοθεραπείας στα μέλη του Κ.Α.Π.Η. μετά από γραπτή εντολή του γιατρού
- ✓ Γενικός Γιατρός ή Παθολόγος (1 ή 2)
Παρέχει Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ιατρείο και συχνά είναι μερικής απασχόλησης
- ✓ Παιδίατρος (1)
Παρέχει τις Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας περίθαλψης μερικές φορές το μήνα στο ιατρείο του, κυρίως σε παιδιά μετανάστες
- ✓ Οδοντίατρος (1)
Παρέχει Πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα στα μέλη του Κ.Α.Π.Η. και σε ανασφάλιστους
- ✓ Νοσηλεύτρια (1)
Συνεργάζεται με τον γιατρό στο ιατρείο παρέχοντας πρωτοβάθμια φροντίδα και οδηγίες στο ιατρείο ή στο σπίτι αν χρειαστεί
- ✓ Άτομο γενικών καθηκόντων (1)
Ασχολείται με την καθαριότητα, την ήρεμη λειτουργία του κέντρου και τη φύλαξή του. Βοηθάει σε μικρές εξυπηρετήσεις μέσα και έξω από το σπίτι στα άτομα που έχουν ανάγκη
- ✓ Άτομο για το κυλικείο (1)
Προσφέρει καφέ ή άλλο ρόφημα και ασχολείται με την καθαριότητα του κυλικείου
- ✓ Καθαρίστρια (1)
Καθαρίζει τους χώρους του Κ.Α.Π.Η. [49, 50]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1.1. Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η εκτίμηση της συχνότητας της Κατάθλιψης σε κοινοτικό αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων με ανεξάρτητη διαβίωση, των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισής της καθώς επίσης και της σχέσης της με την Ποιότητα Ζωής αυτών των ατόμων.

1.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που αξιολογήθηκαν στη μελέτη διαμορφώθηκαν ως εξής:

1. Ποια είναι τα επίπεδα της Κατάθλιψης των ηλικιωμένων ατόμων με ανεξάρτητη διαβίωση;
2. Ποια είναι τα επίπεδα της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με ανεξάρτητη διαβίωση;
3. Υπάρχει σχέση μεταξύ της Κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών (δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών, κοινωνικής στήριξης, υγείας) των ηλικιωμένων ατόμων με ανεξάρτητη διαβίωση και ποια είναι αυτή;
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ της Κατάθλιψης και της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με ανεξάρτητη διαβίωση και ποια είναι αυτή;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Σχέδιο Μελέτης και Δείγμα

Διενεργήθηκε επιδημιολογική, συγχρονική, περιγραφική μελέτη συσχέτισης. Τον μελετώμενο πληθυσμό, στον οποίο αναφέρεται η μελέτη, αποτελούσαν τα ηλικιωμένα άτομα που ήταν αποδέκτες των υπηρεσιών και ενεργά μέλη των Κέντρων Ανοικτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) του Δήμου Λαρισαίων, ο αριθμός των οποίων ανέρχονταν σε 12.328 άτομα σύμφωνα με τα αρχεία του Δήμου. Από τον μελετώμενο πληθυσμό συγκεντρώθηκε δείγμα 150 ηλικιωμένων ατόμων. Από τα συνολικά 5 Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας 30 ηλικιωμένα άτομα (15 άνδρες και 15 γυναίκες) από κάθε Κ.Α.Π.Η.

Τα κριτήρια που ορίστηκαν για την επιλογή των ατόμων του δείγματος ήταν τα κάτωθι:

1. Άτομα ηλικίας ≥ 60 ετών
2. Ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων
3. Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και ανεξάρτητης διαβίωσης
4. Μη διαγνωσμένη ψυχική ή γνωστική διαταραχή
5. Γνώση της Ελληνικής γλώσσας και ευχέρεια επικοινωνίας
6. Αποδοχή των όρων και συμμετοχής στην έρευνα.

2.2. Ερευνητικά Εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου, το οποίο ήταν δομημένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου και διαμορφωμένο σύμφωνα με το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο διακρίνονταν σε τρεις θεματικές ενότητες και παρουσιάζεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

1. Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων. Η πρώτη θεματική ενότητα του ερωτηματολογίου απαρτιζόταν από συνολικά 22 ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων: α) δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, επίπεδο εκπαίδευσης, συνταξιοδοτική κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, είδος οικίας), β) χαρακτηριστικά κοινωνικής στήριξης (κατάσταση διαβίωσης, βοήθεια στις καθημερινές λειτουργίες, διαμονή παιδιού στη Λάρισα, σχέσεις με γείτονες, συχνότητα επισκέψεων στο Κ.Α.Π.Η., μέλος σε συλλόγους και οργανώσεις) και γ) χαρακτηριστικά

υγείας (ύψος και βάρος (ΔΜΣ), χρόνια ασθένεια, προβλήματα αυπνίας, επίσκεψη σε ιατρό, νοσηλεία, συστηματική χρήση φαρμάκων).

2. Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS₁₅). Για την εκτίμηση των επιπέδων Κατάθλιψης των ηλικιωμένων χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική εκδοχή της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale-15, GDS₁₅). Η Κλίμακα GDS θεωρείται ένα έγκυρο και εύχρηστο εργαλείο διαλογής, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πολλές χώρες για την εκτίμηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η στάθμιση της Κλίμακας GDS σε ηλικιωμένο πληθυσμό στην Ελλάδα έγινε από τους Φουντουλάκης Κ.Ν. και συν. (Fountoulakis K.N. et al, 1999) και σύμφωνα με τους συγγραφείς ως καλύτερο διαγνωστικό όριο της Κατάθλιψης ορίστηκε η βαθμολογία 6-7, με ευαισθησία 92% και ειδικότητα 95%.

Η Κλίμακα GDS περιλαμβάνει συνολικά 15 ερωτήσεις με απαντήσεις διχοτομικού τύπου της μορφής «ναι» (1) ή «όχι» (0). Σε πέντε ερωτήσεις η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα. Από την άθροιση του σκορ των απαντήσεων προκύπτει η συνολική βαθμολογία (συνολικό σκορ) της Κλίμακας, το οποίο κυμαίνεται από 0 έως 15. Οι υψηλότερες τιμές εκφράζουν και υψηλότερα επίπεδα Κατάθλιψης. Για τη βαρύτητα της Κατάθλιψης ακολουθήθηκε, σύμφωνα με τη στάθμιση της Κλίμακας GDS, η κατηγοριοποίηση όπου 0-5 βαθμοί αντιστοιχούν σε «απουσία Καταθλιπτικών συμπτωμάτων», 6-10 σε «μέτρια Κατάθλιψη» και 11-15 σε «σοβαρή Κατάθλιψη».

3. Κλίμακα Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL - BREF₃₀). Για την εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή του Ερωτηματολογίου Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL – BREF questionnaire). Το WHOQOL δημιουργήθηκε αρχικά στην πλήρη εκδοχή του το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με στόχο την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου εργαλείου μέτρησης της Ποιότητας Ζωής κατάλληλο για διαπολιτισμικές συγκρίσεις σε νοσούντα και υγιή άτομα. Η προσαρμοσμένη για την Ελλάδα εκδοχή της Κλίμακας WHOQOL - BREF, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία, έγινε από τους Τζινιέρη-Κοκκώση Μ. και συν. (Ginieri-Coccossis M. et al, 2012). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, το Ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στον ευρύτερο χώρο της Υγείας για την αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής κλινικών ομάδων αλλά και υγιών ατόμων.

Η Ελληνική εκδοχή της Κλίμακας WHOQOL – BREF αποτελείται από συνολικά 30 ερωτήσεις, από τις οποίες προκύπτουν τέσσερις Διαστάσεις – Υποκλίμακες: 9 ερωτήσεις αναφέρονται στη «Σωματική Υγεία», 6 ερωτήσεις αναφέρονται στη «Ψυχική Υγεία», 5 ερωτήσεις αναφέρονται στις «Κοινωνικές Σχέσεις» και 8 ερωτήσεις αναφέρονται στο «Περιβάλλον». Οι 2 πρώτες ερωτήσεις αναφέρονται συνολικά τόσο στην ποιότητα ζωής γενικά, όσο και στο βαθμό ικανοποίησης από την κατάσταση της υγείας και αποτελούν τη Διάσταση «Σφαιρική Ποιότητα Ζωής / Γενική Υγεία». Οι

απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από 1 («πολύ κακή ή καθόλου ή πολύ δυσαρεστημένος ή ποτέ») έως 5 («πολύ καλή ή υπερβολικά ή πολύ ικανοποιημένος ή συνεχώς»). Σε τρεις ερωτήσεις η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα. Η συνολική βαθμολογία (συνολικό σκορ) κάθε Διάστασης υπολογίζεται από τη μέση τιμή του αθροίσματος των ερωτήσεων που αποτελούν την ενότητα, πολλαπλασιαζόμενη με τον συντελεστή 4. Έτσι το συνολικό σκορ κάθε Διάστασης κυμαίνεται από 4 έως 20. Οι υψηλότερες τιμές αποτελούν ένδειξη καλύτερης Ποιότητας Ζωής.

2.3. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε στα 5 Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων κατά την περίοδο Απρίλιος έως Ιούνιος του 2018. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω συνέντευξης από τον ερευνητή κατά τη διάρκεια παραμονής των ηλικιωμένων στα Κ.Α.Π.Η. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων ήταν εθελοντική και σύμφωνα με τις αρχές και τους δεοντολογικούς κανόνες της έρευνας.

2.4. Στατιστική Ανάλυση

Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν σε ηλεκτρονική βάση για να πραγματοποιηθεί η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Η ανάλυση και η εφαρμογή των στατιστικών δοκιμασιών έγινε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος “SPSS 22.0”.

Η περιγραφή των μεταβλητών έγινε με την απόλυτη και τη σχετική % συχνότητα (ποιοτικές μεταβλητές) καθώς και με τη μέση τιμή, τη σταθερή απόκλιση και το εύρος (ποσοτικές μεταβλητές). Ο έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών έγινε με την δοκιμασία χ^2 καθώς και με το μοντέλο της απλής και πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) υπολογίζοντας το λόγο των odds (odds ratio) ως μέτρο σχέσης. Η στατιστική σημαντικότητα των σχέσεων ορίστηκε στο επίπεδο του 5% ($p \text{ value} < 0,05$) με αμφίπλευρο έλεγχο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων

Πίνακας 1: Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των 150 ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
Ανδρας	75	50,0%
Γυναίκα	75	50,0%
Ηλικία (έτη)		
60 – 69	45	30,0%
70 – 79	55	36,7%
≥ 80	50	33,3%
Mean ± SD	75,54 ± 7,83	
Range	60 – 93	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	7	4,7%
Έγγαμος	89	59,3%
Διαζευγμένος	6	4,0%
Χήρος	48	32,0%
Αριθμός παιδιών		
0	12	8,0%
1 – 2	110	73,3%
≥ 3	28	18,7%
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Τάξεις Δημοτικού	41	27,3%
Πρωτοβάθμια	52	34,7%
Δευτεροβάθμια	38	25,3%
Τριτοβάθμια	19	12,7%
Συνταξιοδοτική κατάσταση		

Συνταξιούχος	135	90,0%
Μη συνταξιούχος	15	10,0%
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενος (πλήρης / μερική απασχόληση)	48	32,0%
Μη εργαζόμενος	102	68,0%
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)		
≤ 500	22	14,7%
501 – 1.000	55	36,7%
> 1.000	73	48,7%
Είδος οικίας		
Διαμέρισμα	47	31,3%
Μονοκατοικία	103	68,7%

Το δείγμα των 150 ηλικιωμένων ατόμων που μελετήθηκε απαρτιζόταν από 75 άνδρες (50,0%) και 75 γυναίκες (50,0%). Η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν τα 75,54 έτη με το 30,0% να είναι από 60 έως 69 ετών, το 36,7% από 70 έως 79 ετών και το 33,3% από 80 ετών και άνω. Περίπου 6 στους 10 ήταν έγγαμοι (59,3%) και 3 στους 10 χήροι (32,0%). Το 73,3% των ηλικιωμένων ατόμων είχαν 1 έως 2 παιδιά. Η πλειονότητά τους ήταν απόφοιτοι του Δημοτικού σχολείου ή μερικών τάξεων του (62,0%). Σχεδόν όλοι ήταν συνταξιούχοι (90,0%) και οι περισσότεροι μη εργαζόμενοι (68,0%). Αναφορικά με το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα κατά τι περισσότερο του ήμισυ των ηλικιωμένων ατόμων είχαν κάτω από 1.000 ευρώ (51,4%). Επίσης σχεδόν 7 στους 10 κατοικούσαν σε μονοκατοικία (68,7%) (Πίνακας 1).

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά κοινωνικής στήριξης των 150 ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	n	%
Κατάσταση διαβίωσης		
Μόνος	52	34,7%
Με άλλους	98	65,3%
Βοήθεια στις καθημερινές λειτουργίες		
Ναι	70	46,7%
Όχι	80	53,3%
Διαμονή παιδιού στη Λάρισα		
Ναι	109	72,7%
Όχι	41	27,3%

Σχέσεις με γείτονες		
Πολύ καλές, φιλικές σχέσεις	97	64,7%
Τυπικές σχέσεις	46	30,7%
Καμία σχέση	7	4,7%
Συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ		
Καθημερινά / σχεδόν καθημερινά	68	45,3%
Μερικές φορές την εβδομάδα	36	24,0%
Μερικές φορές το μήνα	46	30,7%
Μέλος σε συλλόγους / οργανώσεις		
Ναι	38	25,3%
Όχι	112	74,7%

Περίπου τα 2/3 των ηλικιωμένων ατόμων διαβιούσαν μαζί με άλλους (65,3%) και βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες είχε το 46,7%. Η πλειονότητα είχε τουλάχιστον ένα παιδί που κατοικούσε στην Λάρισα (72,7%) και οι σχέσεις τους με τους γείτονες ήταν πολύ καλές και φιλικές (64,7%). Το 45,3% των ηλικιωμένων επισκεπτόταν πολύ συχνά (καθημερινά / σχεδόν καθημερινά) το ΚΑΠΗ, ενώ μόνο το 25,3% ήταν μέλη σε άλλους συλλόγους και οργανώσεις (Πίνακας 2).

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά υγείας των 150 ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος.

Χαρακτηριστικά	n	%
Δείκτης Μάζας Σώματος (Kg/m ²)		
< 18,5 (ελλιποβαρής)	0	0,0%
18,5 – 24,9 (φυσιολογικό)	32	21,3%
25,0 – 29,9 (υπέρβαρος)	85	56,7%
≥ 30,0 (παχύσαρκος)	33	22,0%
Mean ± SD	27,62 ± 3,57	
Range	18,6 – 39,1	
Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας		
Ναι	54	36,0%
Όχι	96	64,0%
Ύπαρξη προβλήματος αυπνίας		
Ναι	57	38,0%
Όχι	93	62,0%

Επίσκεψη σε ιατρό το τελευταίο έτος

Ναι	117	78,0%
Όχι	33	22,0%

Νοσηλεία σε νοσοκομείο ή κλινική τα τελευταία τρία έτη

Ναι	53	35,3%
Όχι	97	64,7%

Χρόνια χρήση φαρμάκων

Ναι	106	70,7%
Όχι	44	29,3%

Με βάση το Δείκτη Μάζας Σώματος μόνο το 21,3% των ηλικιωμένων ατόμων εμφάνιζε φυσιολογικό σωματικό βάρος, ενώ το 56,7% χαρακτηριζόταν ως υπέρβαροι και το 22,0% ως παχύσαρκοι. Ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας ανέφερε το 36,0% και προβλήματα αυπνίας το 38,0%. Η πλειονότητα των ηλικιωμένων είχε επισκεφτεί κάποιον ιατρό το τελευταίο έτος (78,0%) και κατά τι παραπάνω από το 1/3 είχε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική τα τελευταία τρία έτη (35,3%). Χρόνια χρήση φαρμάκων έκανε το 70,7% των ηλικιωμένων (Πίνακας 3).

3.2. Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης**Πίνακας 4:** Συχνότητα Κατάθλιψης των 150 ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος.

Κλίμακα GDS₁₅	n	%
Παρουσία Κατάθλιψης (GDS₁₅ ≥ 6)	41	27,3%
Μέτρια Κατάθλιψη (6 – 10)	34	22,7%
Σοβαρή Κατάθλιψη (11 – 15)	7	4,7%
Απουσία Κατάθλιψης (GDS₁₅ < 6)	109	72,7%
Συνολικό σκορ GDS₁₅		
Mean ± SD	3,75 ± 3,39	
Range	0 – 13	
Cronbach's alpha	0,83	

Το συνολικό σκορ της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης (GDS₁₅) κυμαίνονταν από 0 έως 13 με μέση τιμή 3,75 (σταθερή απόκλιση = 3,39). Η αξιοπιστία της Κλίμακας GDS₁₅ ήταν πολύ καλή

καθώς η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha ήταν 0,83 γεγονός που φανερώνει ότι οι ερωτήσεις της Κλίμακας παρουσίαζαν υψηλή εσωτερική συνοχή (Πίνακας 4).

Σύμφωνα με τις οριακές τιμές από τη στάθμιση της Κλίμακας GDS₁₅ το 27,3% των ηλικιωμένων ατόμων παρουσίαζε Καταθλιπτική συμπτωματολογία (GDS₁₅ ≥ 6), με το 22,7% να εμφανίζει μέτρια Κατάθλιψη και το 4,7% σοβαρή Κατάθλιψη. Το υπόλοιπο 72,7% των ηλικιωμένων ατόμων δεν παρουσίαζε Καταθλιπτική Συμπτωματολογία (GDS₁₅ < 6) (Πίνακας 4).

3.3. Κλίμακα Ποιότητας Ζωής

Πίνακας 5: Ποιότητα Ζωής των 150 ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος.

Κλίμακα WHOQOL - BREF ₃₀	Mean ± SD	Range	Cronbach's alpha
Σφαιρική ΠΖ / Γενική Υγεία	14,28 ± 2,90	8,00 – 20,00	0,65
Σωματική Υγεία	14,52 ± 2,64	7,56 – 20,00	0,88
Ψυχική Υγεία	14,88 ± 2,57	6,67 – 20,00	0,83
Κοινωνικές Σχέσεις	14,41 ± 2,10	6,40 – 18,40	0,68
Περιβάλλον	14,35 ± 1,94	8,00 – 19,50	0,73

Το σκορ για την «Σφαιρική Ποιότητα Ζωής / Γενική Υγεία» κυμαίνονταν από 8,00 έως 20,00 με μέση τιμή 14,28 (σταθερή απόκλιση = 2,90). Το σκορ για τη «Σωματική Υγεία» κυμαίνονταν από 7,56 έως 20,00 με μέση τιμή 14,52 (σταθερή απόκλιση = 2,64). Το σκορ για τη «Ψυχική Υγεία» κυμαίνονταν από 6,67 έως 20,00 με μέση τιμή 14,88 (σταθερή απόκλιση = 2,57). Το σκορ για τις «Κοινωνικές Σχέσεις» κυμαίνονταν από 6,40 έως 18,40 με μέση τιμή 14,41 (σταθερή απόκλιση = 2,10). Το σκορ για το «Περιβάλλον» κυμαίνονταν από 8,00 έως 19,50 με μέση τιμή 14,35 (σταθερή απόκλιση = 1,94). Με βάση τη μέση τιμή των διαστάσεων της Κλίμακας WHOQOL - BREF₃₀, φαίνεται ότι την υψηλότερη τιμή εμφάνιζε η «Ψυχική Υγεία» έπονται η «Σωματική Υγεία», οι «Κοινωνικές Σχέσεις» και τέλος το «Περιβάλλον» (Πίνακας 5).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας WHOQOL - BREF₃₀, χαρακτηρίζεται από καλή έως πολύ καλή καθώς οι τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha κυμαίνονταν από 0,65 έως 0,88 (Πίνακας 5).

3.4. Σχέση Κατάθλιψης και Χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων ατόμων

Πίνακας 6: Συσχέτιση της Κατάθλιψης με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων.

Χαρακτηριστικά	Κατάθλιψη (n=41)		Μη Κατάθλιψη (n=109)		χ^2	P value
	n	%	n	%		
Φύλο					5,672	0,027
Ανδρας	14	18,7%	61	81,3%		
Γυναίκα	27	36,0%	48	64,0%		
Ηλικία (έτη)					15,112	0,001
60 – 69	5	11,1%	40	88,9%		
70 – 79	13	23,6%	42	76,4%		
≥ 80	23	46,0%	27	54,0%		
Οικογενειακή κατάσταση					7,467	0,009
Έγγαμος	17	19,1%	72	80,9%		
Μη έγγαμος	24	39,3%	37	60,7%		
Αριθμός παιδιών					0,150	0,928
0	3	25,0%	9	75,0%		
1 – 2	31	28,2%	79	71,8%		
≥ 3	7	25,0%	21	75,0%		
Επίπεδο εκπαίδευσης					14,065	0,003
Τάξεις Δημοτικού	19	46,3%	22	53,7%		
Πρωτοβάθμια	15	28,8%	37	71,2%		
Δευτεροβάθμια	5	13,2%	33	86,8%		
Τριτοβάθμια	2	10,5%	17	89,5%		
Συνταξιοδοτική κατάσταση					1,346	0,240
Συνταξιούχος	35	25,9%	100	74,1%		
Μη συνταξιούχος	6	40,0%	9	60,0%		
Εργασιακή κατάσταση					0,693	0,439
Εργαζόμενος	11	22,9%	37	77,1%		
Μη εργαζόμενος	30	29,4%	72	70,6%		
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)					29,142	<0,001
≤ 500	15	68,2%	7	31,8%		
501 – 1.000	18	32,7%	37	67,3%		
> 1.000	8	11,0%	65	89,0%		

Είδος οικίας					2,308	0,167
Διαμέρισμα	9	19,1%	38	80,9%		
Μονοκατοικία	32	31,1%	71	68,9%		

Στον Πίνακα 6 διερευνάται η σχέση της Κατάθλιψης με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι η εμφάνιση της Κατάθλιψης σχετίζονταν με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Το **φύλο**. Οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους άνδρες ($p=0,027$).
- Την **ηλικία**. Η αύξηση της ηλικίας συνοδεύονταν από αύξηση της συχνότητας εμφάνισης Κατάθλιψης, με τους ηλικιωμένους άνω των 80 ετών να παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης σε σχέση με τους νεότερους ($p=0,001$).
- Την **οικογενειακή κατάσταση**. Οι μη έγγαμοι ηλικιωμένοι εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους έγγαμους ($p=0,009$).
- Το **επίπεδο εκπαίδευσης**. Οι ηλικιωμένοι χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου εμφάνιζαν μεγαλύτερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ($p=0,003$).
- Το **μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα**. Η μείωση του εισοδήματος συνοδεύονταν από αύξηση της συχνότητας εμφάνισης Κατάθλιψης, με τους ηλικιωμένους μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος κάτω των 500 ευρώ να παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης σε σχέση με τους ηλικιωμένους μεγαλύτερου εισοδήματος ($p<0,001$).

Πίνακας 7: Συσχέτιση της Κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων ατόμων.

Χαρακτηριστικά	Κατάθλιψη (n=41)		Μη Κατάθλιψη (n=109)		χ^2	P value
	n	%	n	%		
Κατάσταση διαβίωσης					1,151	0,337
Μόνος	17	32,7%	35	67,3%		
Με άλλους	24	24,5%	74	75,5%		
Βοήθεια στις καθημερινές λειτουργίες					1,108	0,359
Ναι	22	31,4%	48	68,6%		
Όχι	19	23,8%	61	76,3%		
Διαμονή παιδιού στη Λάρισα					0,823	0,416
Ναι	32	29,4%	77	70,6%		
Όχι	9	22,0%	32	78,0%		

Σχέσεις με γείτονες					8,292	0,007
Πολύ καλές, φιλικές σχέσεις	19	19,6%	78	80,4%		
Τυπικές σχέσεις / Καμία σχέση	22	41,5%	31	58,5%		
Συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ					6,623	0,036
Καθημερινά / σχεδόν καθημερινά	12	17,6%	56	82,4%		
Μερικές φορές την εβδομάδα	11	30,6%	25	69,4%		
Μερικές φορές το μήνα	18	39,1%	28	60,9%		
Μέλος σε συλλόγους / οργανώσεις					5,149	0,034
Ναι	5	13,2%	33	86,8%		
Όχι	36	32,1%	76	67,9%		

Στον Πίνακα 7 διερευνάται η σχέση της Κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων ατόμων. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι η εμφάνιση της Κατάθλιψης σχετίζονταν με τα εξής χαρακτηριστικά:

- **Τις σχέσεις με τους γείτονες.** Οι ηλικιωμένοι που είχαν τυπικές σχέσεις ή καμία σχέση με τους γείτονες εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους που είχαν πολύ καλές και φιλικές σχέσεις ($p=0,007$).
- **Τη συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ.** Η μείωση της συχνότητας επισκέψεων στο ΚΑΠΗ συνοδεύονταν από αύξηση της συχνότητας εμφάνισης Κατάθλιψης, με τους ηλικιωμένους που επισκέπτονταν το ΚΑΠΗ μερικές φορές το μήνα να παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης σε σχέση με τους ηλικιωμένους που το επισκέπτονταν συχνότερα ($p=0,036$).
- **Τη συμμετοχή σε συλλόγους και οργανώσεις.** Οι ηλικιωμένοι που δεν ήταν μέλη σε συλλόγους και οργανώσεις εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους που ήταν μέλη ($p=0,034$).

Πίνακας 8: Συσχέτιση της Κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά υγείας των ηλικιωμένων ατόμων.

Χαρακτηριστικά	Κατάθλιψη (n=41)		Μη Κατάθλιψη (n=109)		χ^2	P value
	n	%	n	%		
Δείκτης Μάζας Σώματος (Kg/m^2)					6,997	0,030
18,5 – 24,9	7	21,9%	25	78,1%		
25,0 – 29,9	19	22,4%	66	77,6%		
$\geq 30,0$	15	45,5%	18	54,5%		
Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας					9,891	0,002
Ναι	23	42,6%	31	57,4%		

Όχι	18	18,8%	78	81,3%		
Ύπαρξη προβλήματος αυπνίας					18,580	<0,001
Ναι	27	47,4%	30	52,6%		
Όχι	14	15,1%	79	84,9%		
Επίσκεψη σε ιατρό το τελευταίο έτος					3,161	0,082
Ναι	36	30,8%	81	69,2%		
Όχι	5	15,2%	28	84,8%		
Νοσηλεία σε νοσοκ. ή κλιν. τα τελευταία τρία έτη					16,237	<0,001
Ναι	25	47,2%	28	52,8%		
Όχι	16	16,5%	81	83,5%		
Χρόνια χρήση φαρμάκων					4,091	0,046
Ναι	34	32,1%	72	67,9%		
Όχι	7	15,9%	37	84,1%		

Στον Πίνακα 8 διερευνάται η σχέση της Κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά υγείας των ηλικιωμένων ατόμων. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι η εμφάνιση της Κατάθλιψης σχετίζονταν με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Το **Δείκτη Μάζας Σώματος**. Οι ηλικιωμένοι που χαρακτηρίζονταν ως παχύσαρκοι, με βάση τις τιμές του Δείκτη Μάζας Σώματος, εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους υπέρβαρους και τους ηλικιωμένους με φυσιολογικό βάρος σώματος ($p=0,030$).
- Την **ύπαρξη χρόνιας ασθένειας**. Οι ηλικιωμένοι που έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους χωρίς κάποια χρόνια ασθένεια ($p=0,002$).
- Την **ύπαρξη προβλήματος αυπνίας**. Οι ηλικιωμένοι με προβλήματα αυπνίας εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα αυπνίας ($p<0,001$).
- Τη **νοσηλεία σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική**. Οι ηλικιωμένοι που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική τα τελευταία τρία έτη εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους που δεν είχαν νοσηλευτεί ($p<0,001$).
- Τη **χρόνια χρήση φαρμάκων**. Οι ηλικιωμένοι που έκαναν χρόνια (συστηματική) χρήση φαρμάκων εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους που δεν έκαναν ($p=0,046$).

Πολυμεταβλητή ανάλυση

Πίνακας 9: Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την εμφάνιση ή μη Κατάθλιψης και ανεξάρτητες μεταβλητές τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	β	SE	OR (95% CI)	P value
Σταθερά (α)	-2,578	1,132		0,023
Ηλικία (έτη)				
60 – 69	1 ^a			
70 – 79	-0,398	0,756	0,67 (0,15 – 2,96)	0,599
≥ 80	1,509	0,752	4,52 (1,04 – 19,76)	0,045
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος	1 ^a			
Μη έγγαμος	1,022	0,519	2,78 (1,01 – 7,69)	0,049
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (€)				
≤ 500	1 ^a			
501 – 1.000	-1,003	0,635	0,37 (0,11 – 1,27)	0,114
> 1.000	-1,618	0,769	0,20 (0,04 – 0,90)	0,035
Δείκτης Μάζας Σώματος (Kg/m²)				
18,5 – 24,9	1 ^a			
25,0 – 29,9	0,293	0,658	1,34 (0,37 – 4,87)	0,656
≥ 30,0	2,379	0,760	10,80 (2,43 – 47,92)	0,002
Ύπαρξη προβλήματος αυπνίας				
Όχι	1 ^a			
Ναι	1,875	0,533	6,52 (2,29 – 18,55)	<0,001

^a κατηγορία αναφοράς

Hosmer-Lemeshow test p=0,531

Adjusted Nagelkerke R² = 47,9% Overall Predictive Ability = 82,0%

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης για την ανάδειξη προβλεπτικών ή προσδιοριστικών παραγόντων της εμφάνισης ή μη Κατάθλιψης των ηλικιωμένων ατόμων. Από την ανάλυση διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Πέντε χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, Δείκτης Μάζας Σώματος, ύπαρξη προβλήματος αυπνίας) αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί παράγοντες ή προσδιοριστές της συχνότητας της Κατάθλιψης.
- Η **ηλικία** σχετίζονταν θετικά με την εμφάνιση Κατάθλιψης. Οι ηλικιωμένοι 80 ετών και άνω είχαν περίπου 4,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους κάτω των 70 ετών (OR=4,52 p=0,045).
- Η **οικογενειακή κατάσταση** σχετίζονταν με την εμφάνιση Κατάθλιψης. Οι μη έγγαμοι ηλικιωμένοι είχαν περίπου 2,8 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης Κατάθλιψης από τους έγγαμους ηλικιωμένους (OR=2,78 p=0,049).
- Το **μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα** σχετίζονταν αρνητικά με την εμφάνιση Κατάθλιψης. Οι ηλικιωμένοι με εισόδημα άνω των 1.000 ευρώ είχαν περίπου 5 φορές μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους με εισόδημα 500 ευρώ και κάτω (OR=0,20 p=0,035).
- Ο **Δείκτης Μάζας Σώματος** σχετίζονταν θετικά με την εμφάνιση Κατάθλιψης. Οι παχύσαρκοι ηλικιωμένοι ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 30,0$) είχαν περίπου 10,8 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους με φυσιολογικό βάρος (OR=10,80 p=0,002).
- Η **ύπαρξη προβλήματος αυπνίας** σχετίζονταν θετικά με την εμφάνιση Κατάθλιψης. Οι ηλικιωμένοι με προβλήματα αυπνίας είχαν περίπου 6,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης Κατάθλιψης από τους ηλικιωμένους χωρίς προβλήματα αυπνίας (OR=6,52 p<0,001).
- Οι αναφερόμενες μεταβλητές (χαρακτηριστικά) εξηγούν περίπου το 48% της μεταβλητότητας της εμφάνισης ή μη Κατάθλιψης και ταυτοποιούν ορθώς το 82% των ηλικιωμένων ατόμων.

3.5. Σχέση Κατάθλιψης και Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων

Πίνακας 10: Συσχέτιση της Κατάθλιψης με την Ποιότητα Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

WHOQOL - BREF ₃₀	Κατάθλιψη	Μη Κατάθλιψη	COR	AOR ^a
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	(95% CI)	(95% CI)
Σφαιρική ΠΖ / Γενική Υγεία	11,80 \pm 2,18	15,21 \pm 2,58	0,56 (0,46 – 0,69)***	0,46 (0,31 – 0,68)***
Σωματική Υγεία	11,98 \pm 1,82	15,48 \pm 2,24	0,45 (0,35 – 0,59)***	0,41 (0,26 – 0,65)***
Ψυχική Υγεία	12,02 \pm 2,08	15,96 \pm 1,80	0,32 (0,21 – 0,47)***	0,23 (0,11 – 0,47)***
Κοινωνικές Σχέσεις	12,55 \pm 2,11	15,10 \pm 1,62	0,44 (0,32 – 0,59)***	0,41 (0,26 – 0,65)***
Περιβάλλον	12,80 \pm 1,78	14,93 \pm 1,67	0,49 (0,37 – 0,64)***	0,57 (0,40 – 0,81)**

COR = Crude Odds Ratio, AOR = Adjusted Odds Ratio

^a Προσαρμοσμένος ως προς τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων που σχετίζονταν με την Κατάθλιψη

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της απλής και πολυμεταβλητής ανάλυσης για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εμφάνισης ή μη Κατάθλιψης και των διαστάσεων της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε ο αδρός Λόγος των Οτς (crude Odds Ratio) και ο προσαρμοσμένος Λόγος των Οτς (adjusted Odds Ratio) ως προς τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που διαπιστώθηκε ότι σχετίζονταν με τη συχνότητα της Κατάθλιψης. Από την ανάλυση προέκυψαν τα εξής:

- Όλες οι διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων σχετίζονταν αρνητικά με την εμφάνιση Κατάθλιψης.
- Αύξηση της «**Σφαιρικής ΠΖ / Γενικής Υγείας**» κατά μία μονάδα προκαλεί μείωση του κινδύνου εμφάνισης Κατάθλιψης κατά 54% (AOR=0,46 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 0,31 έως 0,68).
- Αύξηση της διάστασης «**Σωματική Υγεία**» κατά μία μονάδα προκαλεί μείωση του κινδύνου εμφάνισης Κατάθλιψης κατά 59% (AOR=0,41 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 0,26 έως 0,65).
- Αύξηση της διάστασης «**Ψυχική Υγεία**» κατά μία μονάδα προκαλεί μείωση του κινδύνου εμφάνισης Κατάθλιψης κατά 77% (AOR=0,23 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 0,11 έως 0,47).
- Αύξηση της διάστασης «**Κοινωνικές Σχέσεις**» κατά μία μονάδα προκαλεί μείωση του κινδύνου εμφάνισης Κατάθλιψης κατά 59% (AOR=0,41 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 0,26 έως 0,65).
- Αύξηση της διάστασης «**Περιβάλλον**» κατά μία μονάδα προκαλεί μείωση του κινδύνου εμφάνισης Κατάθλιψης κατά 43% (AOR=0,57 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 0,40 έως 0,81).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εμφάνιση της κατάθλιψης στον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Σύμφωνα με έρευνες, η κατάθλιψη στην Ελλάδα θα αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό και αυτό οφείλεται στο ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα έως το 2050 πρόκειται να διπλασιαστεί σε σχέση με το 2000. Οι συνέπειες αυτής της δημογραφικής μετάβασης είναι πολύ πιθανό να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό την οικονομία, την ιατρική φροντίδα, την κοινωνική ανάπτυξη την κοινωνική πρόνοια αλλά και την ευημερία όχι μόνο της Ελλάδας, αλλά και ολόκληρης της Ευρώπης, γεγονός που πρέπει να μας κάνει να αναρωτηθούμε και να αναλογιστούμε για το αν θα πρέπει να λάβουμε περισσότερη γνώση, ή ακόμη και με ποιους τρόπους θα μπορούσε να διασφαλιστεί η καλή υγεία των ηλικιωμένων ατόμων αλλά και η ποιότητα ζωής τους, η οποία επίσης μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες και είναι εξίσου σημασίας. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαμε να πούμε πως μπορεί να προληφθούν αρκετές ανεπιθύμητες επιπτώσεις που μπορεί να κοστίσουν τόσο σε αυτά τα άτομα όσο και σε ολόκληρη την κοινωνία.

Από την παρούσα έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στα 5 Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Λαρισαίων και αφορούσε τα ηλικιωμένα άτομα (≥ 60 ετών), προκύπτει ότι το 27,3% των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από αυτούς, το 22,7% εμφανίζει μέτρια και το 4,7% σοβαρή κατάθλιψη, ενώ το υπόλοιπο 72,7% δεν παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης. Σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε πως η έρευνα της Stylianopoulou et al., [51] το 2010 σε 360 ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών (218 γυναίκες και 142 άνδρες), κατέδειξε πως το 30,28% είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα (το 22,22% μέτρια και 8,06% σοβαρή κατάθλιψη), ενώ η μελέτη του Papadopoulos et al., [52] σε 965 κατοίκους στο Βελεστίνο ηλικίας άνω των 60 ετών το 2000, κατέδειξε ότι ο επιπολασμός της ήπιας ή σοβαρότερης κατάθλιψης ($GDS > 1$ ή $= 7$) ήταν 27% και της μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης ($GDS > 1$ ή $= 11$) ήταν 12%. Σύμφωνα με τη μελέτη του Wenjun Cao et al., [53] σε 1168 ηλικιωμένα άτομα ηλικίας 60 ετών (556 άνδρες και 612 γυναίκες) στην κοινότητα, η

κατάθλιψη είχε βαθμολογία GDS > ή =11, με τους 863 συμμετέχοντες (73,9%) να μην παρουσιάζουν κατάθλιψη, ενώ οι 305 (26,1%) να παρουσιάζουν.

Αξίζει να αναφέρουμε πως στην παρούσα μελέτη μας οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες (γυναίκες 36,0%, άνδρες 18,7%), κάτι που συμφωνεί με αρκετές μελέτες όπως της Stylianopoulou et al. (70,6% γυναίκες, 29,4% άνδρες) [51]. Το σταθερό αυτό εύρημα θα μπορούσε να οφείλεται και στο μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες. Η μελέτη μας σε αυτό το σημείο δεν διαφέρει επίσης και με μία συστηματική ανασκόπηση από Leach LS. [54] η οποία αφορά ηλικιωμένα άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω, σύμφωνα με την οποία, τα ποσοστά κατάθλιψης για τις γυναίκες είναι μεταξύ 4,0% και 10,4% και για τους άνδρες μεταξύ 2,8% και 6,9%.

Επίσης, βρέθηκε ότι όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο αυξανόταν και η συχνότητα εμφάνισής της. Στη μελέτη μας, τα άτομα άνω των 80 ετών παρουσίαζαν 4,5 φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης σε σχέση με τα άτομα κάτω των 70. Στην έρευνα της Stylianopoulou et al., [51] προκύπτει ότι η ηλικία σχετιζόταν ασθενώς θετικά με την κατάθλιψη, ενώ σύμφωνα με τη μελέτη του Lurpa M. Et al. το 2012 [55] σε κοινοτικό πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων, η εμφάνιση σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυξάνεται στα άτομα 85 ετών και άνω κατά 20% - 25% και κατά 30%-50% στα ηλικιωμένα άτομα 90 ετών και άνω σε σχέση με τα άτομα ηλικίας μεταξύ 79 ετών.

Διαπιστώθηκε επίσης σημαντική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και άλλων χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων ατόμων, μεταξύ αυτών είναι και η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,009$). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση διαπιστώθηκε πως οι μη έγγαμοι, το διαζύγιο, η μη ύπαρξη παιδιών και η χηρεία αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες για τους ηλικιωμένους, καθώς εμφάνιζαν υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης, κάτι που αποτελεί σταθερό εύρημα σε παλαιότερες έρευνες. Σε αυτό συμφωνεί και η μελέτη της Αλεφαντινούς και συν, [56] σύμφωνα με την οποία υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης παρουσίαζαν οι χήροι ή διαζευγμένοι ($8,7\pm 4$) σε σχέση με τους έγγαμους ($4,1\pm 3$) καθώς επίσης και ο Argyropoulos K. et al., [57] όπου οι χήροι ή διαζευγμένοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (55,6% έναντι 38,9%, $p=0,038$) σε σχέση με τους παντρεμένους, αλλά και η περιγραφική μελέτη από Aylaza, R et al., [58] σε ηλικιωμένο πληθυσμό 60 ετών και άνω δείχνει πως υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και μοναξιάς ($r=0,608$, $p<0,001$) με μέση βαθμολογία $13,83\pm 7,4$ από την GDS και $40,50\pm 12,1$ από την ULS (κλίμακα μοναξιάς).

Επίσης, στη μελέτη μας το χαμηλό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (500 ευρώ και κάτω) και η φτώχεια, βρέθηκε ότι αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα, κάτι στο οποίο συμφωνεί και η μελέτη του Wenjun Cao et al., στην οποία τα άτομα με χαμηλό μηνιαίο εισόδημα παρουσίαζαν συχνότερα κατάθλιψη ($\chi^2=8.6$, $p < 0.05$) [53]. Επίσης, ο Mojtabai R, et al., [59] διαπιστώνει στη μελέτη του ότι τα ηλικιωμένα άτομα 60 ετών και άνω που μειονεκτούν οικονομικά

και έχουν χαμηλό μηνιαίο εισόδημα, είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν επίμονα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με αυτά που δεν μειονεκτούν.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό αποτελεί και ο Δ.Μ.Σ. καθώς από τη μελέτη μας προκύπτει πως η παχυσαρκία ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 30,0$), σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη ($p=0,030$), με τα παχύσαρκα άτομα να κινδυνεύουν περίπου κατά 10,8 φορές περισσότερο σε σχέση με τα φυσιολογικά, κάτι το οποίο βλέπουμε και στη μελέτη των Carpenter K., et al. στις Η.Π.Α. [60] το 2000 και Roberts RE et al., [61] στην κοινότητα, όπου τα άτομα με παχυσαρκία είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε σχέση με τα άτομα με φυσιολογικό βάρος ($\text{OR} = 1,21$, $95\% \text{ CI} = 1,02, 1,44$). Η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης κατά 37% και η αύξηση του BMI κατά 10 μονάδες συνοδεύεται κατά 22% από αύξηση του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Όσον αφορά τα προβλήματα αυπνίας στη μελέτη μας σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν αντίστοιχα προβλήματα (6,5 φορές υψηλότερος κίνδυνος). Παρόμοια αποτελέσματα βλέπουμε και στην έρευνα του Αργυρόπουλου (88,6% έναντι 6,7% $p<0,001$) [62] όπως επίσης και του Perlis ML et al., το 2006 [63] που υποδεικνύει ότι η αυπνία αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου τόσο για την έναρξη αλλά και για την επιμονή της υποτροπιάζουσας αλλά και μείζονας κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα και με μια συνολική αναλογία πιθανοτήτων 2,6 και έναν πληθυσμό που μπορεί να αποδοθεί στον κίνδυνο 57,0% σύμφωνα με τη μελέτη του Cole MG et al. [64]. Η μελέτη του Merakoulis G. et al. [65] το 2014 σε 60 γυναίκες και 52 άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών στη Δυτική Ελλάδα, αναφέρει ότι «κακή» ποιότητα ύπνου παρατηρήθηκε σε 62 άτομα, σε 38 γυναίκες (63,3% του γυναικείου πληθυσμού) και 24 άνδρες (46,2% του ανδρικού πληθυσμού). Παρατηρήθηκε επίσης συσχέτιση μεταξύ διαταραχών του ύπνου και της λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής ($p < 0,05$).

Στην παρούσα μελέτη, η ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας επίσης σχετιζόταν με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0,002$). Μερικές καταστάσεις που ενδέχεται να σχετίζονται με την κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία αποτελούν το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η στεφανιαία καρδιακή νόσος, ο διαβήτης, ο καρδιακός κατετηριασμός, η παχυσαρκία και ο δείκτη μάζας σώματος. Η μελέτη του Carney RM et al., [66] έδειξε πως σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω που είχαν μεγάλη κατάθλιψη, οι συχνότερες συνυπάρχουσες φυσικές καταστάσεις υγείας ήταν η υπέρταση (58%), ο χρόνιος πόνος (57%), η αρθρίτιδα (56% της ακοής ή της όρασης (55%), της ουροφόρου οδού και της νόσου του προστάτη (39%), των καρδιακών παθήσεων (28%) και του διαβήτη (23%).

Στη μελέτη μας παρατηρούμε επίσης πως οι ηλικιωμένοι με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης ($p=0,003$), οι ηλικιωμένοι που είχαν τυπικές ή καμία σχέση με γείτονες είχαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης ($p=0,007$), ο περιορισμός των επισκέψεων στο Κ.Α.Π.Η. σχετιζόταν επίσης με την αύξηση της κατάθλιψης ($p=0,036$), όπως και η συμμετοχή σε

συλλόγους με τα μη ενεργά άτομα σε συλλόγους και οργανώσεις να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης ($p=0,034$). Η νοσηλεία σε νοσοκομείο ή κλινική τα τελευταία τρία χρόνια ($p<0,001$) αλλά και η χρόνια χρήση φαρμάκων επίσης ($p=0,046$) θα λέγαμε ότι σχετίζονται σημαντικά με την κατάθλιψη. Σε όλα τα παραπάνω έχει διαπιστωθεί πως συμφωνεί το μεγαλύτερο μέρος τόσο των Ελληνικών όσο και των Ευρωπαϊκών ερευνών. Θα λέγαμε λοιπόν, πως το εισόδημα, η υγεία, καθώς επίσης και το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων ατόμων αποτελούν παράγοντες που είναι καθοριστικής σημασίας για την ευημερία και την Ποιότητα της Ζωής τους.

Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται επίσης η σχέση της κατάθλιψης με την Ποιότητα Ζωής των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος και προκύπτει ότι όλες οι διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής σχετίζονταν αρνητικά με την εμφάνισή της. Συγκεκριμένα, η αύξηση της Σφαιρικής Ποιότητας Ζωής/Γενικής Υγείας, της Ψυχικής Υγείας, της Σωματικής Υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του Περιβάλλοντος κατά μία μονάδα οδηγεί σε μείωση του κινδύνου εμφάνισης της κατάθλιψης, με υψηλότερο ποσοστό μείωσης στη Ψυχική Υγεία (κατά 77%). Στη μελέτη του Sivertsen et al., το 2015, [20] οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη παρουσιάζουν φτωχότερη Ποιότητα Ζωής σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν. Η ανάκτηση της κατάθλιψης μετά τη θεραπεία οδήγησε σε βελτίωση της Ποιότητα Ζωής. Επίσης, βρέθηκε στη μελέτη ότι τα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη είχαν λιγότερες πιθανότητες να βελτιώσουν τη Ποιότητα Ζωής τους η οποία σχετίζεται και με την σοβαρότητά της. Διαπιστώνεται λοιπόν σοβαρή συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της κατάθλιψης και της φτωχότερης Ποιότητας Ζωής στα ηλικιωμένα άτομα. Αυτή η συσχέτιση παραμένει σταθερή με την πάροδο του χρόνου. Αξίζει να αναφέρουμε επίσης πως η κατάθλιψη λόγω της άτυπης συμπτωματολογίας της μπορεί να παραληφθεί ή να θεωρηθεί ως θλίψη μετά από κάποια απώλεια στενού προσώπου ή υγείας των ηλικιωμένων ατόμων, κάτι το οποίο δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής κυρίως από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται κοντά σε αυτά τα άτομα, τους διαχειριστές αλλά και σχεδιαστές φροντίδας υγείας με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε αυτό τον πληθυσμό. Σε δύο μελέτες των Li L, et al., Wyss K, et al. στην Κίνα και στην Τανζανία [67, 68], διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν μικρότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη Ποιότητα Ζωής σχετικά με το σωματικό πόνο, τη σωματική λειτουργία, τη γενική υγεία και την ζωτικότητα σε σύγκριση με τους άνδρες, παρόλο που υπερτερούν κατά 6 – 8 χρόνια ζωής. Ο Wenjun Cao et al., [53] στη μελέτη του παρουσίασε διαφορές στην πολυμεταβλητή ανάλυση ($p<0,05$), καθώς καταγράφηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής υγείας ($OR = 0.928$, διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 0.910-0.946), ψυχικής υγείας ($OR = 0.906$, 95% CI: 0.879-0.934) 0,966, 95% CI: 0,944-0,989) και κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων.

Στη μελέτη μας, παρατηρούμε επίσης πως η απομόνωση των ηλικιωμένων ατόμων για λόγους που αναφέραμε (χρηρεία, η μοναξιά, η ασθένεια, η κακή υγεία, η φτώχεια, ο αναλφαριθμισμός) οδηγεί σε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αυτών των ατόμων, με αποτέλεσμα την απώλεια του ενδιαφέροντος

αλλά και της διάθεσης, τη μη συμμετοχή τους ή την μείωση των επισκέψεων σε κοινοτικές δομές όπως το Κ.Α.Π.Η. που αποτελεί τόπο έκφρασης για αυτά τα άτομα ή άλλες κοινωνικές οργανώσεις.

Η διαπίστωση του υψηλού ποσοστού της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα του δείγματος, μας δείχνει πως η κλίμακα GDS15 η οποία αποτέλεσε ένα αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και αναγκαία καθώς συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης σε αυτό τον πληθυσμό.

Η Ελλάδα είναι ιδιαίτερα σημαντικό, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, να στέκεται δίπλα αλλά και να στηρίζει αυτές τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες μέσα από τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, την εφαρμογή πολιτικών κοινωνικής προστασίας των ηλικιωμένων αλλά και προγραμμάτων, προκειμένου να συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στα υγιή γηρατεία. Ο κύριος στόχος είναι η αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας των ηλικιωμένων επιτρέποντάς τους να παραμένουν για μεγαλύτερο διάστημα μέσα στην κοινότητα καθώς επίσης και κοντά στα πρόσωπα της οικογένειάς τους. Μια σημαντική δομή για τους ηλικιωμένους αποτελεί και το Κ.Α.Π.Η. το οποίο σύμφωνα με το ΝΔ 162/1973 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227),¹⁸ «σκοπός των ΚΑΠΗ είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ατόμων τρίτης ηλικίας, η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς και η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους»[56].

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως υπάρχει η ανάγκη να πραγματοποιηθούν και άλλες σχετικές έρευνες προκειμένου να καταφέρουμε να εντοπίσουμε αλλά και να διαχειριστούμε την κατάθλιψη αυτών των ηλικιωμένων ατόμων καλύτερα, καθώς πρόκειται για ένα θέμα δημόσιας υγείας το οποίο έχει μεγάλη σημασία για όλους μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Έμκε - Πουλοπούλου Η. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν, παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1999
2. Power M., Quinn K., Schmidt S., WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-old module. Quality of life Research 2005, 14: 2197-214
3. World Health Organization (WHO). Definition of an older or elderly person, 2011
4. Δαρδαβέσης Θ., Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο: Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α., (επιμ.), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
5. Δανιηλίδου Ν., Οικονόμου Χ., Ζαβράς Δ., Κυριόπουλος Ι., Γεωργούση Ε., , Health & social care in aging population: the case of an integrated care institution in Greece, International Journal of Integrated Care Vol 3,22 October, (2003).
6. Zis P., Daskalaki A., Bountouni I., Sykioti P., Varrassi G., Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. Clin Interv Aging 2017, 12: 709–720

7. Πλατή Χ. Γεροντολογική Νοσηλευτική. Ιδιωτική Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος, Αθήνα, 1993
8. Slater R., Μαλκειώση – Λοΐζου Μ.(επιμ.). *Γηρατειά*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003
9. Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α. Γήρας και υγεία στο: *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
10. WHO (2001). Burden of mental and behavioral disorders. The World Health Report 2001
11. Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Αθήνα, 2001, 18 (3): 239 – 253
12. Ραγιά Α., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε, Αθήνα, 2005
13. Chappell NL, Badger M. Social isolation and wellbeing. *J Gerontol* 1989,44(5): S169-76
14. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Second edition, Open University Press, Milton Keynes, 1997, 176pages
15. ΕΚΚΕ, Γήρανση και κοινωνία : πρακτικά πανελλήνιου συνεδρίου, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996
16. Walker D, Beauchene RE. The relationship of loneliness, social isolation, and physical health to dietary adequacy of independently living elderly. *J Am Diet Assoc* 1991, 91(3): 300-4
17. Burholt, V., Windle, G. The Material Resources and Well-Being of Older People. York, UK, Joseph Rowntree Foundation 2006
18. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979, 109: 186-204

19. Snowden M, Steinman L, Frederick J. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Prev Chronic Dis.* 2008, 5(1):A26
20. Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Helvik AS. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2015, 40(5-6):311-39
21. Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am FAM Physician* 2002, 66(6):1001- 8
22. World Health Organization (WHO) 2007. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2006
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association 2000
24. World Health Organization (WHO). Depression 2009
25. McCall WV, Kintziger KW. Late life depression: a global problem with few resources. *Psychiatr Clin North Am.* 2013, 36(4):475-81
26. Γαρύφαλλος Γ. Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου 2008, 5:37-46
27. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression? *Psychiatr Clin North Am.* 2013, 36 (4):497-516
28. Wilkins CH, Mathews J, Sheline YI. Late life depression with cognitive impairment: evaluation and treatment. *Clin Interv Aging.* 2009, 4: 51-7
29. Schoevers RA, Smit F, Deeg DJH, et al. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry.* 2006, 163:1611–21
30. Schulberg H., Coulehan J., Block M., Lave J., Rondiguez E., Scott C., at. al., treating major depression in primary care practice. Eight –month clinical outcomes, *Arch Gen Psychiatry* Med 1996, 53(10): 913-9

31. Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am.* 2011, 34(2):469-87
32. Montano CB. Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *J Clin Psychiatry.* 1999, 20:45-51
33. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009, 5: 363-89
34. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998, 28: 551-558
35. Freyne A., Fahy, S., McAleer, A., Keogh, F., & Wrigley, M. A longitudinal study of depression in old age I: outcome and relationship to social networks. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2005, 22 (3), 87-93
36. Jane-Llopis E., Katschnig H., McDaid D., Wahlbeck K. Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Lisbon, 2007
37. Beaumont J.G., Kenealy P.M. Quality of life (QOL) of the Healthy Elderly: Residential Setting and Social Comparison Processes, 2003
38. Ahto M., Isoaho R., Puolijoki H., Laippala P., Romo M., Kivela SL. Coronary heart disease and depression in the elderly population based study. *Family Practice* 1997, 14(6):436-45
39. Stanley MA, Roberts RE, Bourland SL, et al. Anxiety disorders among older primary care patients. *Journal of Clinical Geropsychology* 2001, 7:105–16
40. Campbell J.D., Yoon D.P., Johnstone B. Determining relationships between physical health and spiritual experience, religious practices, and congregational support in a heterogeneous medical sample. *J. Relig. Health* 2010, 49(1): 3-17

41. Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *J Pers Soc Psychol.* 1986,51(6):1257-1264
42. W.H.O. (1978), Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma – Ata, USSR, Geneva – New York, 1978
43. Beers M., At al, Η υγεία στην 3η ηλικία. Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα, 2007
44. Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π. (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Α, 1999, 15–58
45. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
46. Δικαίος Κ. Πολιτική Υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999, 17–96
47. Παπανικολάου Β., «*Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*», Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα, 1994
48. Λαδόπουλος Α., Νιφλή - Καμπούρα Ε., Σπανογιάννη Α., Χνούδας Φ., Επιθεώρηση Υγείας, «Διερεύνηση λειτουργίας του Κράτους Πρόνοιας στην Θεσσαλία και μελέτη της στάσης των ηλικιωμένων απέναντι στο θεσμό των ιδρυμάτων κλειστής και ανοιχτής προστασίας», 1998, σ. 68
49. Ριτσάκη Α.Ι., Κώτση Α.Κ., Αυγουστή Χ.Α., Κ.Α.Π.Η. Μελισσίων, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα, 1992, σελ. 26
50. Αμηνρά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α., Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Έρευνα για τα Κ.Α.Π.Η., Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1986, σελ 16-18

51. Stylianopoulou C, Koulirakis G, Karagianni V, Babatsikou F, Koutis C. Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Vima- Asklipiou* 2010, 9:490–504 (in Greek)
52. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, and Anastasiou A, Katsiardani KP, Trichopoulos D, Lyketsos C. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20 (4):350-357
53. Wenjun Cao, Chongzheng Guo, Weiwei Ping, Zhijun Tan, Ying Guo and Jianzhong Zheng, A Community-Based Study of Quality of Life and Depression among Older Adult. Academic Editor: Paul B. Tchounwou Received: 6 May 2016; Accepted: 4 July 2016; Published: 9 July 2016 *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13 (7): 693
54. Leach LS. Review: major depression affects about 7% of adults aged 75 and above. *Evid Based Ment Health*. 2012;15(3):64
55. Lupp M, Sikorski C, Luck T, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212–21
56. Αλεφαντινού Α., Βλασιάδης Κ., Φιλαλήθης Α., Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα – μέλη Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων ορεινού χωριού της Κρήτης. *Ερευνητική Εργασία, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Αθήνα 2016; 33 (3): 368- 374
57. K. Argyropoulos, P. Gourzis, E. Jelastopulu. *Psychiatriki* Prevalence of depression among the elderly 2012, 23: 39-4
58. Aylaza, R., Akturkb, U., Ercia, B., Ozturkb, H. & Asland, H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics* Volume 55, Issue 3 November–December 2012, Pages 548–554
59. Mojtabai R, Olfson M. Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: Prevalence and 2-year and 4-year follow-up symptoms. *Psychol. Med*. 2004;34:623–34

60. Carpenter K, Hasin D, Allison D, Faith M. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90:251- 7
61. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000; 152:163-170
62. Αργυρόπουλος Κωνσταντίνος, Επιπολασμός της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία στην Πάτρα και Τρίπολη, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, 2016
63. Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM, Matteson SR, Pigeon WR, et al. Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behav. Sleep Med.* 2006;4:104–13
64. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry.* 2003;160:1147–56
65. George Merekoulis, Elizabeth Sahount, Ioanna Chalimou, Paraskeui Loukopoulou, Dimitrios Lianas. Sleep Disorders in elderly Rural Population of Western Greece. *Archaiki iatriki* Volume 33, Issue 2, July 2014
66. Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry.* 2003;54(3):241–7
67. Li L, Wang HM, Shen Y. (2003). Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation and normalization. *J Epidemiol Community Health*; 57:259-65
68. Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, et al. (1999). Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. *Qual Life Res*; 8:111-20

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ****ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ****ΥΓΕΙΑ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ**

1.	Ημερομηνία συνέντευξης:	
2.	Τόπος συνέντευξης:	
A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		
3.	Φύλο:	1. Άνδρας 2. Γυναίκα
4.	Έτος γέννησης:	
5.	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος 2. Έγγαμος 3. Διαζευγμένος 4. Χήρος
6.	Αριθμός παιδιών:	
7.	Εκπαίδευση:	1. Μερικές τάξεις Δημοτικού 2. Απόφοιτος Δημοτικού 3. Απόφοιτος Γυμνασίου / Λυκείου / Μέσης Σχολής 4. Απόφοιτος Ανώτερης / Ανώτατης Σχολής
8.	Είστε «συνταξιούχος»:	1.Ναι 0.Όχι
9.	Εργασιακή κατάσταση τώρα:	1. Εργαζόμενος πλήρους απασχόλησης 2. Εργαζόμενος μερικής απασχόλησης 3. Μη εργαζόμενος
10.	Ύψος:	
11.	Βάρος:	

12.	Μηνιαίο ατομικό εισόδημα:	1. Κάτω από 500 ευρώ 2. Από 500 – 1000 ευρώ 3. Πάνω από 1000 ευρώ
-----	---------------------------	---

13.	Μένετε σε:	1. Διαμέρισμα 2. Μονοκατοικία 3. Άλλο
14.	Το σπίτι σας είναι:	1. Ιδιόκτητο 2. Ενοικιαζόμενο 3. Άλλο

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ		
15.	Ποιοι μένουν μαζί σας (συμβίωση) στο σπίτι;	1. Σύζυγος 2. Παιδιά 3. Άλλοι συγγενείς 4. Φίλοι 5. Κανένας, ζω μόνος
16.	Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθά στις καθημερινές σας λειτουργίες, όταν χρειάζεται;	1. Ναι 0. Όχι
17.	Μένει τουλάχιστον ένα από τα παιδιά σας στη Λάρισα;	1. Ναι 0. Όχι
18.	Σχέσεις με γείτονες:	1. Πολύ καλές, φιλικές, αλληλοβοηθιόμαστε 2. Καλές, αλλά όχι φιλικές 3. Καμία σχέση με γείτονες
19.	Πόσο συχνά πηγαίνετε στο ΚΑΠΗ;	1. Καθημερινά / Σχεδόν καθημερινά 2. Μερικές φορές την εβδομάδα 3. Μερικές φορές το μήνα 4. Σπάνια

20.	Εκτός από το ΚΑΠΗ είστε μέλος σε συλλόγους, οργανώσεις ή ομάδες (π.χ. πολιτιστικές, κοινωνικές, εκκλησιαστικές, αθλητικές κ.α.);	1. Ναι 0. Όχι
-----	--	------------------

Γ. ΥΓΕΙΑ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

21.	Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια;	1. Ναι 0. Όχι
22.	Έχετε προβλήματα αυπνίας;	1. Ναι 0. Όχι
23.	Έχετε επισκεφθεί οποιοδήποτε γιατρό κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου (12 μήνες);	1. Ναι 0. Όχι
24.	Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο / ιδιωτική κλινική τα τελευταία 3 χρόνια;	1. Ναι 0. Όχι
25.	Κάνετε συστηματική (χρόνια) χρήση φαρμάκων;	1. Ναι 0. Όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (GDS 15)

1.	Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας;	0. Ναι 1. Όχι
2.	Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;	1. Ναι 0. Όχι
3.	Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;	1. Ναι 0. Όχι
4.	Βαριέστε συχνά;	1. Ναι 0. Όχι
5.	Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;	0. Ναι 1. Όχι
6.	Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;	1. Ναι 0. Όχι
7.	Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;	0. Ναι 1. Όχι
8.	Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;	1. Ναι 0. Όχι
9.	Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούργια πράγματα;	1. Ναι 0. Όχι
10.	Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι οι άλλοι;	1. Ναι 0. Όχι
11.	Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;	0. Ναι 1. Όχι
12.	Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;	1. Ναι 0. Όχι
13.	Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;	0. Ναι 1. Όχι
14.	Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;	1. Ναι 0. Όχι
15.	Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε	1. Ναι

	καλύτερη κατάσταση από εσάς;	0. Όχι
--	------------------------------	--------

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ (WHOQOL – BREF 30)

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το **πώς νιώθετε για την ποιότητα ζωής σας στο σύνολό της και για την κατάσταση της υγείας σας** τις τελευταίες **δύο εβδομάδες**. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;(πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	1	2	3	4	5

5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο **βαθμό έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση** (π.χ. αν έχετε τη δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5

12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο **ικανοποιημένος/η** νιώθετε με **διάφορες πλευρές της ζωής σας** τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσarre- στημένος/ η	Ούτε δυσarreστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5

18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσ- ρεστημένος/ η	Δυσρε- στημένος/ η	Ούτε δυσρεστη- μένος/η ούτε ικανοποιη- μένος/η	Ικανοποι- ημένος/η	Πολύ ικανο- ποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που επικρατούν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα** τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
26	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας όπως η διατροφή, η συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κ.α.** κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και πόσο πολύ καλύπτει τις ανάγκες σας η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσαρεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις κοινωνικές δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει;	1	2	3	4	5

N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.